

Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Relações perigosas

**As companheiras dos dependentes de opiáceos:
contribuição para o seu estudo**

Maria Manuela Brito da Cruz e Silva Esteves

Porto, 1997



Dissertação apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia, na especialidade de Consulta Psicológica de Jovens, sob a orientação do Prof. Doutor Joaquim Luís Coimbra.

Te- 293

UNIVERSIDADE DO PORTO
Faculdade de Psicologia
e de Ciências da Educação

N.º da obra 9327

Lda 24/03/98

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar ao meu orientador, Prof. Doutor Joaquim Luís Coimbra, sem cuja supervisão, sugestões e incentivo, esta tese não teria sido possível.

A todo o corpo docente do Mestrado em Psicologia, que enriqueceu a minha formação, em particular à Prof. Doutora Anne-Marie Fontaine, por todo o apoio.

À Prof. Doutora Marie-Elisabeth Handman e do Prof. Doutor Júlio Machado Vaz, cujo convite para participar no projecto de investigação sobre a construção social das sexualidades na Europa do Sul fez crescer o meu interesse pelo tema.

Ao Dr. Roma Torres e colaboradores e Dr. Ramiro Veríssimo, pela amável cedência das versões portuguesas dos instrumentos utilizados. Ao Dr. Ramiro Veríssimo tenho ainda a agradecer as úteis sugestões a nível metodológico e estatístico.

Ao meu marido, Dr. Manuel Esteves, por toda a fortaleza emocional e pelo precioso apoio no tratamento dos dados.

Às instituições onde foi colhida a amostra de estudo: aos colegas do CAT-Aveiro, com um forte obrigado à sua coordenadora Dr^a Isabel Prado e Castro, e à Dr^a Kirsten. Ao Prof. Doutor António Palha e à equipa da consulta de toxicodependência do Hospital de S. João (Porto). E um obrigado enorme e especial aos colegas do CAT-Cedofeita (Porto), que sempre me apoiaram e incentivaram.

À Dr^a Rosa Ribeiro, do Centro de Saúde de Chaves; a todo o pessoal do Centro de Saúde do Carvalhido, na pessoa da sua directora, Dr^a Maria dos Anjos; a todos os funcionários do Centro de Saúde da Batalha e, particularmente, à Enf^a Manita e à Dr^a Virginia Lobo, por todas as facilidades concedidas na colheita da amostra de controlo.

Uma palavra especial para a Dr^a Amélia Pimenta, que me consolava a mágoa de dias inteiros passados a trabalhar para conseguir três questionários preenchidos...

À minha mãe, que leu e releu para ver se o todo fazia sentido.

À Milú, pela paciência infinita com que descodificou setas e rascunhos indecifráveis, e refez o já mil vezes alterado.

A todas as mulheres da minha amostra que, com a sua participação, tornaram possível este trabalho uma realidade.

Ao Manel. Sempre.

À mãe,
à Teresa,
à avó,

Ao meu pai, com
profunda saudade

Ao Prof. Doutor. Joaquim Luís Coimbra

INDICE

INTRODUÇÃO	10
"O QUE É SER MULHER?"	19
CONTRIBUTO DE PROBLEMÁTICAS "AFINS": O ALCOOLISMO E A VIOLÊNCIA CONJUGAL.O CASO ESPECÍFICO DA CODEPENDÊNCIA	43
O HOMEM TOXICODEPENDENTE	66
"MEDIDAS PREVENTIVAS DAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS: ENTRAVES À SUA ADOÇÃO"	79
A MULHER E O CASAL TOXICODEPENDENTE	105
O CASAL EM QUE SÓ ELE SE DROGA	121
OBJECTIVOS DO ESTUDO E HIPÓTESES	140
METODOLOGIA DE ESTUDO	144
INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	148
RESULTADOS	165
DISCUSSÃO	205
CONCLUSÃO	240
BIBLIOGRAFIA	260
ANEXOS	298

***... and then she clearly understood,
if he was fire, oh,
she was wood***

Leonard Cohen

INTRODUÇÃO

O final do século em que vivemos trouxe, no que diz respeito aos cuidados psicológicos e de saúde prestados aos adolescentes e jovens adultos, alguns problemas particulares que têm mobilizado as áreas clínica, de investigação, e mesmo as vontades políticas, num esforço sem precedentes. Referimo-nos ao fenómeno da toxicodependência, com as características específicas de que se reveste nos nossos dias, e aos problemas colocados pelo consumo de drogas ilícitas, particularmente a infecção pelo HIV.

Encontramo-nos num momento em que, politicamente, se debate a possibilidade de legalização e a proibição das drogas, em que, ao nível biológico, se têm dado promissores passos no entendimento dos fenómenos da adição, da tolerância e dos síndromes de privação; uma altura em que ao nível psicológico, as correntes sistémicas e ecológicas tomam a liderança, na tentativa de compreender o processo de mudança

e a prevenção de recaídas. Trata-se, ainda, de um tempo em que os próprios conceitos de dependência e de droga são postos em causa pelas contribuições sócio-antropológicas. No entanto, o clínico vê-se ainda muitas vezes confrontado com um escasso número de "ferramentas terapêuticas" e sente, frequentemente, que o êxito da sua intervenção depende de um conjunto de variáveis que domina incompletamente.

Num país de cultura latina como é Portugal, de fortíssimas tradições e laços familiares (para 80% dos portugueses inquiridos num estudo de Adélia Costa, em 1992, *"a família é o mais importante do mundo"*), a família revela-se um importante elemento no enquadrar e no delinear das estratégias terapêuticas. As famílias e a sua dinâmica têm vindo a ser progressivamente valorizadas, havendo toda uma série de propostas de intervenção que preconizam a sua abordagem como factor determinante na resolução das dependências.

Contudo, e no que respeita à adição às drogas ilícitas, o estudo específico da dinâmica do casal não tem recebido tão cuidadosa referência. Barr (1979) (citado por Ziegler-Discroll, 1985) foi um dos primeiros autores a chamar a atenção para o facto de os trabalhos com alcoólicos se preocuparem geralmente com as famílias que eles estabelecem (famílias de procriação), nas quais são maridos, esposas e pais, enquanto que as investigações com toxicodependentes dizem

essencialmente respeito às famílias de origem, em que eles são os filhos.

A nossa experiência pessoal, que partilhamos com colegas no trabalho clínico do dia a dia, tem-nos alertado para a necessidade de conhecer e compreender melhor as companheiras dos toxicodependentes, os seus problemas específicos - e falamos em companheiras já que a grande maioria dos consumidores de opiáceos com que contactamos, e à semelhança do que a literatura refere, são homens. Assim, e confrontados com a escassez de trabalhos científicos publicados nesta área, surgiu a vontade de levar a cabo esta investigação.

O nosso trabalho visará, portanto, a caracterização/compreensão de alguns aspectos relacionados com as mulheres dos dependentes dos opiáceos, e das relações de casal que com eles estabelecem, uma vez que nos parece tratar-se de pessoas em risco.

Um número indeterminado (mas que a prática clínica e a própria literatura revelam ser importante) de mulheres inicia-se nos consumos de opiáceos por influência do seu companheiro e na companhia deste (Marcelino, 1994; Patrício, 1995). O mesmo se verifica com a prática de beber com o marido alcoólico ou com o parceiro estável, frequentemente relatada pelas mulheres que procuram tratamento por problemas de alcoolismo (Blankfield, 1991).

Por outro lado, o risco de contágio pelo HIV, pelas hepatites víricas e por outras doenças de transmissão sexual, põe-se com particular acuidade para estas mulheres.

No sentido de tentar minimizar estes riscos, numa perspectiva preventiva, e de, simultaneamente, poder agir sobre o casal, sobre a sua dinâmica, tentámos avaliar diversos factores.

Uma das primeiras questões que nos ocorre, quando confrontados com os problemas que estas mulheres vivenciam, é “porque é que elas não se vão embora?”. Algumas das explicações encontradas pelos investigadores para a “inércia” das mulheres face ao abuso crónico e ao perigo crescente são de ordem situacional, não intrínseca, e, em nosso entender, fazem igualmente muito sentido para perceber o porquê da permanência na relação das companheiras dos dependentes. A esperança, baseada nas promessas após cada crise, de que tudo vai mudar; a vergonha e o embaraço perante a situação; as experiências de culpabilização, de minimização ou de ignorância do problema por parte daqueles a quem recorre para ajuda, as expectativas e pressões, familiares e sociais, são realidades com que lidamos frequentemente em consulta e que poderão contribuir para a manutenção do *status quo* do casal.

Todo um estatuto social interiorizado desde a infância (Gilligan, 1982; Ferreira da Silva; 1995; Milet, 1970), segundo o qual é suposto a mulher viver em família e ser o principal garante da harmonia da vida

familiar e do bem estar dos seus, limita, muitas vezes fortemente, as opções destas mulheres. Aliás, como acentuam Carden (1994), Baucom (1983) e Beattie (1987), muitas mulheres não atingiram ainda a independência política, económica e social que lhes daria o poder de abandonar uma relação problemática. Julgamos, portanto, que seria fundamental para o melhor conhecimento dos problemas que enfrentam as mulheres do nosso estudo, procurar avaliar como se situam face ao papel social da mulher, qual o seu grau de anuência ou de discordância quanto aos estereótipos prevalentes dos papéis de género.

Um outro aspecto, que nos parece importante, prende-se com o procurar conhecer os modos estabelecidos por estas mulheres para conviver com as vicissitudes de uma relação com um homem toxicodependente.

As diversas investigações que têm sido levadas a cabo no campo da violência doméstica não apoiam a existência de um perfil psicológico ou sociocultural pré-existente nas mulheres batidas (Carden, 1994; Rhodes, 1992; Sprenkle, 1992). Trata-se, em nosso entender, de uma questão epistemológica, que remete não para factores apriorísticos de traços de personalidade, mas antes para formas de adaptação a situações problemáticas. É, portanto, nossa convicção que não existirá igualmente um perfil coerente de "mulheres de toxicodependentes". Os dados disponíveis, afirma Carden (1994), apontam sim para a existência

de semelhanças nos mecanismos de *coping** utilizados pelas mulheres batidas para lidar com a situação. Numa perspectiva de auxiliar as companheiras dos toxicodependentes a modificar eventuais padrões de *coping* que estejam a ser disfuncionais, seria interessante perceber se o mesmo se passa com estas mulheres, se possuem formas comuns de lidar com situações de vida adversas. Ressalvando a nossa completa discordância com as teorias que procuram encontrar nas mulheres dos toxicodependentes a causa dos seus consumos, não podemos, no entanto, deixar de referir que, por vezes, o padrão de interacção estabelecido entre o casal, e as formas de *coping* adoptadas contribuem, involuntariamente, para perpetuar os consumos. Pensamos, por exemplo, nas situações em que a mulher entende o seu papel como o de "cuidadora/enfermeira" do seu companheiro, vendo este papel esvair-se de significado com a sua melhoria; ou aquela que, ajudando a manter altos níveis de ansiedade no seu parceiro, ou contribuindo para a baixa autoestima deste, numa espécie de complementariedade santo/pecador, torna mais difícil e penosa a sua recuperação; ou na que, como Nigar (1986) encontrou no caso da violência conjugal, se adapta à situação construindo uma boa imagem de si mesma, que a favorece, por comparação com o seu marido. Pensamos, ainda, naquelas mulheres

* Optámos por não traduzir o termo *coping* por não termos conseguido encontrar na língua portuguesa uma palavra que consiga dar conta da complexidade que o conceito encerra.

que cedem à manipulação constante do toxicodependente (podendo, como se sabe, a manipulação ser uma das características importantes das personalidades imaturas que tantas vezes encontramos), não obstante os cuidadosos planeamentos estratégicos do terapeuta.

Há muitas vezes, então, uma intensa (quase apaixonada), embora dolorosa, relação entre os membros destes casais, cujas características seria importante conhecer. É nossa convicção, aliás, que muitas vezes os intensos afectos envolvidos, o lidar constantemente com o incerto, o andar permanentemente "no fio da navalha", favorecem o estabelecimento de padrões de vinculação disfuncionais, sim, mas fortíssimos e muito difíceis de modificar.

A melhor compreensão do relacionamento destes casais teria como objectivo, não só poder ajudar a alterar a sua eventual natureza complementar disfuncional, mas também uma perspectiva de prevenção primária de possíveis factores de risco de consumos de drogas (lícitas ou ilícitas) nestas mulheres.

De facto, o sentimento de fracasso por uma vida afectiva mal sucedida, a infelicidade conjugal, têm sido identificados como factores precipitantes de consumos em mulheres alcoólicas (Nadeau, 1986). A auto-estima da mulher, fruto de uma socialização para o Outro, que começa na mais tenra idade, tem por base a sua capacidade de construir e manter relações de intimidade (Bellew-Smith & Korn, 1986; Kaplan, 1986; Miller, 1986), e é profundamente abalada pelos

insucessos no domínio das relações interpessoais (Compass & Wagner, 1991; Stern, 1983).

Os elevados níveis de depressão e ansiedade que as investigações têm encontrado nas mulheres de alcoólicos e nas mulheres vítimas de violência (Cocores, 1987; Goodwin *et al.*, 1977; Lanius & Jansen, 1987), maioritariamente fruto das suas dificuldades conjugais, têm sido relacionados com uma maior incidência de consumos de qualquer tipo de droga (Blankfield, 1991; Moss, Finney & Gamble, 1982) que, no caso das mulheres dos toxicod dependentes, dada a oportunidade, o facto de a terem “à mão”, pode ser a heroína (Taylor, Wilbur & Osnos, 1966). Assim, parece-nos particularmente relevante tentar avaliar os sentimentos destas mulheres face ao seu relacionamento marital.

Por último, não nos podemos esquecer que o risco de contágio por doenças de transmissão sexual (DTS), particularmente as hepatites víricas e o HIV, cuja prevalência entre a população toxicod dependente portuguesa continua a crescer (Comissão Nacional Contra a Sida, 1997), se põe com especial acuidade para as sua companheiras. Mais uma vez, de um ponto de vista de uma intervenção preventiva, seria importante conhecer o grau de informação de que estas mulheres dispõem face à problemática das DTS e da toxicod dependência, a forma como a interiorizaram, os seus valores e atitudes no que respeita a estratégias de prevenção, a eventual influência que a religião e a

sujeição a estereótipos de género exerce nas suas escolhas, e a percepção do risco próprio face a estas situações.

"O QUE É SER MULHER?"

"Afigura-se-nos que Deus plasmou na mulher uma Natureza mais meiga e pacífica, que não só a faz afastar-se das perturbações e debates públicos como também a desqualifica para tais funções. A sua missão é mais elevada e sagrada. É no retiro que ela forma o carácter dos homens futuros. A sua missão é em casa, apaziguando com o seu amor e carícias as paixões do homem, de regresso das batalhas da vida, e não a de participar na luta quotidiana, nem de atizar o fogo (...). Seria um dia triste para este país aquele em que desaparecesse o espírito de amor e piedade destas vestais".

Frelinghuysen

"O seu universo é o marido, a família os filhos e o lar. Mas o que seria do mundo mais vasto se ninguém se ocupasse desta esfera mais reduzida? (...). Não aprovamos que a mulher se introduza no universo do

homem. Pelo contrário, achamos natural que estes dois universos permaneçam separados (...). Pertence a um o poder do sentimento, o poder da alma (...), ao outro pertence a força da visão, a força da firmeza (...). O homem mantém a nação e a mulher a família. A igualdade de direitos para a mulher consiste no facto de, no interior da esfera para ela delimitada pela natureza, gozar da grande estima que lhe é devida. A mulher e o homem representam dois tipos de seres muito diferentes. No homem é a razão que domina. Ele procura, analisa e abre frequentemente as vias para novos reinos incomensuráveis. Mas tudo o que se aborda exclusivamente guiado pela razão é susceptível de mudança. O sentimento, pelo contrário, é muito mais estável que a razão, e a mulher, que é o sentimento, constitui por consequência o elemento da estabilidade".

Adolf Hitler

O que é ser "mulher"?

Ao procurar compreender as "companheiras dos dependentes de opiáceos", parece-nos básico e fundamental tentar perceber o que significa o papel da mulher nos dias de hoje, na nossa sociedade actual. O que é esperado que uma "verdadeira mulher" faça, sinta e deseje? Que imagens são veiculadas, no quotidiano, de "masculinidade" e "feminilidade"?

Os estereótipos de género — e é deles que estamos a falar quando queremos dar resposta às questões levantadas — são o conteúdo substantivo das crenças que imperam em cada momento e em cada contexto social acerca do que é ser homem ou mulher (Ashmore, Del Boca & Wohlers, 1986)

É inegável a importância dos sistemas de crenças acerca da sociedade em que estamos integrados os quais, directa ou indirectamente, vão ser determinantes para as noções de homem e mulher.

Parece-nos, assim, crucial traçar, em breves linhas, o "percurso" que os conteúdos que integram as concepções de homem e mulher têm efectuado ao longo das últimas décadas, analisando, também, os diversos discursos científicos dominantes, bem como as suas implicações para a valoração social de cada sexo.

Durante muito tempo, considerou-se uma evidência que as diferenças biológicas entre os sexos implicavam e definiam diferenças psicológicas e sociais entre os dois géneros.

Como salienta Amâncio (1994) na sua revisão crítica, a procura de diferenças físicas e fisiológicas que legitimassem a crença na natural inferioridade do sexo feminino, dominava a investigação "científica", do fim do século passado até meados do nosso século.

A dimensão mais reduzida da cabeça das mulheres era tomada como evidência da sua inferioridade intelectual; as diferenças hormonais entre os dois sexos, como explicando a instabilidade emocional feminina e a agressividade masculina; a capacidade biológica da maternidade, como fonte de passividade e afectos tidos como universais no género feminino (Amâncio, 1994), e isto, apesar da fundamentação empírica que confirmaria estes "factos" ser, na maioria das vezes, escassa, contraditória, e plena de extrapolações do reino animal.

Diz Kate Milet (1970) que a ideologia da supremacia do macho, velha de séculos, necessitava de uma nova roupagem que, para que fosse intocável, deveria supor uma relação, por muito duvidosa que fosse, com as ciências "exactas" - a biologia, a matemática e a medicina - e com as ciências humanas incipientes - a sociologia, a antropologia e a psicologia -, sendo estas últimas frequentemente aproveitadas como *"os instrumentos de controlo e manipulação social mais úteis e mais influentes"*. (Milet, 1970: 175)

Durkheim (1960), Parsons (1966) e outros contribuíram para legitimar a desejabilidade social das diferenças de papéis sexuais, fundamentando-as ora em diferenças biofisiológicas evidentes, ora nas diferenças de personalidade inerentes aos dois sexos (Amâncio, 1994).

De entre aqueles que marcaram o espírito da sua época e cuja influência ideológica perdura nos nossos dias está, sem dúvida, Freud. Por nos parecer que o peso das suas ideias influenciou fortemente, e

continua a influenciar, muito do que a psiquiatria e a psicologia têm feito na procura da compreensão das diferenças de género, deter-nos-emos a analisar, mais em pormenor, algumas das suas linhas mestras de pensamento sobre esta questão.

Tendo-se Freud constituído, inegavelmente, como um pioneiro que contribuiu para atenuar as inibições puritanas que rodeavam a sexualidade da sua época, atraindo as atenções para a "chocante" realidade da sexualidade infantil e dando voz ao inconsciente, lamentavelmente, a sua obra e a dos seus discípulos, mas sobretudo a dos seus vulgarizadores, tiveram como efeito *"racionalizar a detestável relação entre os dois sexos, ratificar a repartição tradicional de funções e validar as diferenças de temperamento"* (Milett, 1970: 175).

A interpretação freudiana da personalidade feminina tem por base a ideia da inveja do pénis o que, em termos teóricos, conduz a que a definição da mulher se faça pela negativa, por lhe faltar o pénis. Ela é mulher porque não é homem.

Quando toma consciência de que a sua castração não é uma punição pessoal, mas antes, uma experiência feminina universal, a mulher desenvolve, como cicatriz desta ferida narcísica, um sentimento de inferioridade, partilhando *"o desprezo que sentem os homens por um sexo tão inferior num ponto de tamanha importância"* (Freud, 1925: 190).

As três polaridades de Freud, na definição antitética de "masculino" e "feminino", dão bem conta de uma linha de pensamento

que considera a mulher um ser dependente dos outros para a sua própria realização, fraco e submisso.

A primeira polaridade é a que postula a orientação para as necessidades dos outros por parte das mulheres, enquanto que os homens seriam detentores de uma espécie de egoísmo natural.

O segundo pólo refere-se à passividade/agressividade, com os homens a serem predominantemente activos e as mulheres passivas, como se fosse algo que faz parte da sua natureza.

Por último, na dimensão sadismo/masochismo, as mulheres orientar-se-iam primordialmente para o pólo masoquista. A mulher adoptaria, como que por determinismo genético, o papel de vítima (posição altamente perigosa segundo Kate Milet (1970), pois que justificaria, se levamos esta ideia até às últimas consequências lógicas, toda a situação de domínio ou de humilhação infligida à mulher como um alimento para a sua natureza).

O que eventualmente poderia ser maioritariamente observável, pois que social e culturalmente desejável no tempo de Freud, foi assumido como natural, confundindo-se o que releva da aprendizagem social com o que é biológica ou geneticamente determinado.

Como reflecte Kate Milet (1970), Freud concentrou-se na etiologia da experiência infantil baseada na realidade biológica das diferenças anatómicas entre os sexos, pondo de parte a hipótese social, esquecendo que *"a mulher nasce mulher numa cultura dominada pelos*

homens, susceptível de estender os seus valores até ao domínio da própria anatomia, e capaz, por consequência, de investir os fenómenos biológicos de uma força simbólica" (p.179). Confrontadas com a realidade de uma sociedade patriarcal e com situação inferior que esta reserva às mulheres, com tantas provas concretas no seu quotidiano do estatuto superior do macho, mais do que o pénis em si, as raparigas invejariam os privilégios sociais que o pénis autoriza.

Doise (1994) chama a atenção para o facto de, nos nossos dias, o enfoque teórico e epistemológico se ter modificado. Já não seria a natureza dos seres que definiria as suas características psicológicas, mas antes, a natureza do tecido das relações interpessoais que modelaria não só os comportamentos de interacção como também as representações de género.

Como argumenta Chodorow (1974), será o facto de os homens e mulheres experienciarem ambientes sociais diferentes, enquanto crianças e jovens que, como consequência, conduz a que a personalidade feminina acabe por se definir muito mais em relação com e em função dos outros do que a personalidade masculina.

A visão de que a mulher se define em função dos outros implica que todas as acções que são encaminhadas no sentido de procurar a felicidade própria e a auto-realização, através do bem estar dos outros, vão ter um forte apoio, não só porque a mulher sentirá que está a corresponder às expectativas dos outros, mas também porque

encontrará múltiplos referenciais e suficiente apoio social. Através da sua acção orientada para os outros, a mulher recebe a sua recompensa e esta, por sua vez, reforçará os comportamentos que lhe deram origem (Del Valle, 1990).

A ideia de que, através da socialização, os rapazes e as raparigas aprendem a orientar-se diferencialmente face aos outros é também partilhada por Gilligan (1982), que acredita que os homens e mulheres acabam por ter visões fundamentalmente diferentes do mundo. Os homens seriam, basicamente, socializados para a separação e a individuação, e as mulheres para a amizade e as relações de intimidade.

Huston e Ashmore (1986) chamam a atenção para a consistência das ideias de Gilligan com as dos interaccionistas simbólicos, cujos trabalhos sugerem que, através da socialização, homens e mulheres desenvolvem identidades que diferem na forma como se vêem a si próprios na relação com os outros.

Segundo os autores da escola interaccionista simbólica, homens e mulheres estariam mais predispostos a adoptar comportamentos que foram modelados e reforçados, sendo diferentes os que se consideram apropriados para cada sexo, em virtude das histórias diferenciais de socialização. As diferenças de género emergiriam na medida em que pôr em prática um comportamento consentâneo com o estereótipo do seu género é mais susceptível de despertar reacções de apoio e gratificação

por parte dos outros do que comportamentos inconsistentes com esse estereótipo. (McCall & Simmons, 1978; Striker, 1980)

De facto, os indivíduos funcionam numa rede de relações interdependentes, e a forma como agem é, por consequência, afectada pelas reacções dos outros. Esta reacção ajudaria a explicar o porquê de, em contextos que abracem os valores tradicionais de género, homens e mulheres agirem maioritariamente de acordo com o que é esperado, adoptando esses papéis, mesmo podendo sentir-se desconfortáveis com eles; ajuda-nos igualmente a entender como, em subculturas em que sejam defendidos papéis não tradicionais, a pessoa se sinta encorajada ou mesmo "coagida" a adoptar um estilo desviante da interacção mais tradicional homem/mulher (Ridley & Avery, 1979).

A forma como a criança aprende o que dela é esperado, enquanto menino ou menina, depende, assim, das regras de socialização que lhe são veiculadas pelas instituições que dela se fazem cargo. A família, os pares, a escola, os *mass media*, vão ditar, em grande parte, as normas e o grau de liberdade permitido na formação da identidade sexual e os padrões de género para comportamentos e atitudes.

Os *media*, em todas as suas formas, exercem forte influência nas imagens e visões de "feminilidade" e "masculinidade". Obviamente, isto dá informações às crianças e aos jovens sobre o que é a "normalidade".

Apesar de nos últimos anos os chamados ideais de homem e mulher terem começado a sobrepor-se mais do que no passado, a essência do "ideal masculino" que é apresentado aos rapazes e aos homens continua a ser claramente distinta do feminino (Sharpe, 1994). Embora algumas características tradicionais tenham sido conservadas nestes estereótipos, outras foram acrescentadas.

Diz Sue Sharpe (1994) que, apesar de a imagem ideal do homem da classe média nos EUA continuar a ser a de "macho", forte e dinâmico, quer ao nível da realização profissional quer mesmo do ponto de vista físico, ele deve agora ser também mais sensível, carinhoso e pronto a auxiliar a sua companheira em casa e com as crianças, do que era esperado no passado.

Também à "mulher ideal" se adicionaram características. Para além de boas esposas e mães, as mulheres devem ser instruídas, ter um bom emprego ou mesmo uma carreira, serem relativamente independentes (mas não em demasia...) e conseguirem - de alguma forma - combinar o triunfo no trabalho com um lar bem sucedido (que continua a ser visto como a prioridade feminina e da sua responsabilidade), com o auxílio do "novo tipo" de marido. Acrescenta a autora que não só a mulher continua a ter que ser bonita, como também tem que estar em forma e saber manter uma conversa "inteligente" e ter passatempos "interessantes" ... (Sharpe, 1994).

O trabalho de Adélia Costa (1992), sobre as representações sociais de homens e mulheres, procurou retratar a sociedade portuguesa actual na forma como são entendidos os papéis e a sua distribuição sexual, como homens e mulheres se perspectivam em termos de capacidades e expectativas e a noção que têm dos limites socialmente impostos decorrentes do seu sexo. São estas representações que, segundo Vala (1982), vão organizar os significados do real, vão orientar os comportamentos e vão conferir a cada indivíduo uma identidade social.

A investigação de Adélia Costa confirma que, no Portugal de hoje, *"relativamente aos estereótipos construídos em torno do conceito de masculino e feminino podemos considerar que se mantêm em traços gerais os principais atributos que desde sempre os caracterizaram (...). Os homens são essencialmente fortes, com sucesso, inteligentes, competitivos, perseverantes e trabalhadores. As mulheres são ternas, belas, frágeis, preocupadas e inteligentes. Digamos que relativamente aos estereótipos tradicionalmente construídos para o masculino e o feminino, a única alteração significativa é a inclusão no estereótipo feminino do atributo inteligência"* (p. 121).

Nas conclusões do seu estudo, Adélia Costa (1992: 133) realça ter encontrado que *"... apesar das inúmeras diferenças económicas, sociais e culturais a que a sociedade portuguesa tem vindo a ser sujeita, persistem algumas inexplicáveis distinções entre o que é próprio do*

homem e da mulher, entre aquilo que fica bem ou mal a uma mulher, entre os comportamentos que são esperados para um e para outro sexo".

Da mesma forma, Neto (1989) encontrou, nos nossos dias e em meio urbano, que, apesar de tudo, desde muito cedo, raparigas e rapazes atribuem uns aos outros características muito mais consentâneas com a representação social tradicional do tipo masculino/agressivo e feminino/passivo do que com uma representação igualitária.

Que nos dias de hoje a população portuguesa continue a possuir estereótipos tão claramente diferenciados de masculino e feminino é, provavelmente, melhor compreendido, se olharmos à força com que a própria lei, até há bem pouco tempo, os reforçava. A ideologia dominante no Estado Novo presidia à elaboração de leis que conferiam deveres e direitos diferenciais, consoante um cidadão era do sexo masculino ou feminino.

Manuela Aguiar (1989), na sua comunicação ao Seminário "Acções positivas: uma aposta para a igualdade de oportunidades entre homens e mulheres", recorda-nos que, até Abril de 74, éramos *"um país em que, segundo a lei, o marido era o chefe da família, tinha o poder paternal, determinava o domicílio da mulher e era o administrador dos bens do casal (mesmo que em regime de "separação absoluta de bens" as mulheres não tinham a administração dos seus bens...)*. Com Marcelo

Caetano conseguiram direitos de voto em condições mais ou menos igualitárias e o direito a sair do país sem a autorização do marido" (p. 75). Chama, contudo, a atenção para o facto de o poder formal conquistado ter sido uma "ilusão de poder", pois os direitos cívicos e políticos são garantidos na letra das leis, mas não são vividos, na realidade, da mesma maneira por homens e mulheres. (p. 75)

Também Zita Seabra (1989), no mesmo Seminário, reflecte sobre o que os estereótipos implicam, e alerta para o facto da dupla carga que constitui para a mulher o actual conjugar de uma vida pública, uma carreira profissional, com a vida familiar, e adverte para a realidade de as mulheres se sentirem culpadas, quando não cumprem o seu papel de acordo com a divisão tradicional de tarefas entre homens e mulheres, entre pais e mães, que delega nestas últimas a obrigação de olhar pelo bem estar do seu lar e dos seus.

O estatuto que é conferido à mulher por uma sociedade patriarcal e sexista, diz Luísa Ferreira da Silva (1995), é um estatuto segundo o qual é suposto que ela viva em família e seja o principal garante e responsável pela qualidade da vida familiar.

Dissemos atrás que uma das formas como as crianças interiorizam o que é ser homem ou mulher, na sociedade onde vivem, é através das representações veiculadas pelos *media*. Outras influências determinantes são, sem dúvida, as da família de origem e da escola,

que, de um modo ou de outro, acabam, também, por ser influenciados por aqueles.

Procurando avaliar o papel do sistema educativo na produção/reprodução de estereótipos sociais, Luisa Ferreira da Silva (1995), revendo estudos feitos em diversos países europeus sobre manuais escolares recentes, conclui que estes contribuem para perpetuar as representações sociais de mãe em casa e pai no trabalho. Torna-se aparente nesta análise que, nas tarefas ligadas à família, são mais frequentes as figuras femininas, e, nas associadas ao exercício do saber e do poder, as masculinas.

Mas, faz realçar Fonseca (1994), uma forma de discriminação mais insidiosa descortina-se ao darmos conta de que *"quanto maior é a idade da criança a que estes manuais se destinam, menor é a frequência de representações femininas e maior a frequência de representações masculinas"* (p. 79). A conclusões semelhantes chegou também Ivone Leal (1982), num estudo sobre sessenta e cinco textos da literatura infantil portuguesa. Em grande medida, portanto, a escola continua a fazer passar uma visão muito pouco igualitária de homens e mulheres, uma forte distinção quanto à *"natureza dos dois sexos e aos papéis que por cada um devem ser assumidos"* (p.82).

Diz Evelyn Sullerot (1979) que, enquanto não for feito um grande esforço de vigilância dos livros escolares, a fim de evitar a veiculação de imagens estereotipadas de tarefas, profissões, "modos de

ser "masculinos e femininos, as crianças continuarão a ser impregnadas, ao nível do ensino, desde a mais tenra idade.

No que diz respeito à influência da família, Del Valle (1990), no seu trabalho antropológico sobre a mulher basca, encontra que a mulher se faz interiorizar desde que nasce - no seio da família e no exterior - através das cores, brinquedos, actividades, normas que se lhe impõe, imagens que se criam, a noção de que estas construções culturais estão baseadas em factores biológicos. O comportamento que se espera dela, diz Del Valle - ser apoio, realizar-se através dos demais, assumir como seus os projectos das outras pessoas, reagir em vez de agir -, é tomado como um facto "natural", em vez de ser encarado como o resultado da forma como se tem construído e continua a construir a categoria culturalmente dominante de "mulher".

Lúria (1978) conduziu uma investigação pioneira no sentido de nos ajudar a compreender que as noções de masculino e feminino não são definições biológicas estritas, mas, antes, constituem uma definição social largamente partilhada. Para procurar responder à questão "será que "estereotipamos" os nossos próprios filhos?", Lúria levou a cabo um estudo com bebés masculinos e femininos, de termo, com o mesmo peso e comprimento médios e pontuações semelhantes no índice do Apgar, que eram os primogénitos das famílias. Os pais tinham-nos visto através do vidro do berçário e as mães tinham-lhes pegado apenas uma vez.

Foi pedido a ambos os progenitores que descrevessem "as primeiras impressões face ao seu bebé". Os pais de ambos os sexos escolheram significativamente mais adjectivos como "grande, sólido e activo" referindo-se aos rapazes e "bela, meiga e engraçadinha" para as meninas...

É, efectivamente, quando uma criança nasce, que, no contexto das relações familiares precoces, vai começar a interiorizar as normas, valores, modos de relação e atitudes que dela são esperados.

Vários teóricos (Chodorow, 1978; Jordan & Surrey, 1986; Miller, 1986) têm argumentado que as práticas educativas encorajam a contínua identificação das raparigas às mães, o que vai ter como resultado que as raparigas desenvolvam representações internas do eu em relação com o outro, e que mantenham a preocupação com as relações interpessoais a um nível muito mais elevado do que os rapazes. A personalidade feminina acaba por se definir muito mais em relação e em função dos outros (Chodorow, 1974) do que a personalidade masculina.

As meninas são encorajadas a desenvolver competências de empatia e a estarem atentas as questões relacionais. A auto-estima das raparigas, fruto de uma socialização para o outro, que começa na infância e prossegue vida fora, tem por base o sentirem-se competentes e incluídas nas relações, a sua capacidade de as construir e manter (Bellew-Smith & Korn, 1986; Kaplan, 1986; Miller, 1986). O seu valor

peçoal parece estar dependente da existência de outros significativos e, também, muito da forma como conseguem ser eco das expectativas dos outros (Lemkau & Landau, 1986). Consistente com esta noção de auto-estima, diversos estudos empíricos têm demonstrado que as raparigas adolescentes experienciam uma perda de auto-confiança e auto-estima, quando as relações falham (Sperling & Berman, 1994). Hill e Lynch (1983) concluíram que as raparigas dos 12 aos 14 anos se preocupam significativamente mais do que os rapazes, com o que os outros possam pensar delas e em que os outros gostem delas.

Stern (1983) faz notar que, quando se pede às raparigas para se descreverem a si próprias, elas incluem muita informação acerca dos outros e, particularmente, da sua relação com os outros. Conclui este autor que, dado as raparigas serem socializadas para serem responsivas aos outros, são mais vulneráveis aos fracassos no domínio interpessoal.

Compass e Wagner (1991) e Siddique e D'Arcy (1984) investigaram as vulnerabilidades diferenciais dos adolescentes às ameaças à sua competência pessoal (por ex; sucesso/fracasso académico) e relacional (por ex; ruptura com namorado/a), tendo chegado a conclusões que apoiam a hipótese das diferenças de género na centralidade das relações com os outros para o desenvolvimento. As raparigas são mais vulneráveis a acontecimentos negativos que afectem membros da sua rede social e relatam maior *stress* por causa das

relações familiares e com os pares do que os rapazes. Compass e Wagner (1991) encontraram, ainda, que as correlações entre o *stress* interpessoal e a sintomatologia psicológica são muito mais fortes nas raparigas, sugerindo que as adolescentes poderão ser mais susceptíveis aos efeitos de um relacionamento negativo de que os rapazes. As investigações têm igualmente apontado para o facto de que, na idade adulta, homens e mulheres permanecem muitas vezes diferentes na forma como avaliam as situações (Hatfield & Rapson, 1993).

Kim Rapson (1990) (citada por Hatfield & Rapson, 1993) conduziu uma investigação em que pediu a homens e mulheres para indicarem o grau de *stress* e de preocupação que problemas em diversas áreas lhes desencadeavam, tendo concluído que ambos avaliavam como igualmente perturbadoras as situações que tinham a ver com trabalho, educação e realização profissional, mas as mulheres classificavam como muito mais *stressantes* e importantes os problemas relacionais do que os seus colegas masculinos. Por outras palavras, mesmo nos tempos modernos em que homens e mulheres começam a atribuir igual importância à educação e ao trabalho, a esfera do relacionamento interpessoal continua a ser o feudo das inquietações femininas.

Helena Afonso (1991), referindo-se à sua experiência no Serviço de Aconselhamento Psicológico da então Comissão da Condição Feminina, dá conta de que as dificuldades de relacionamento interpessoal, sobretudo as conjugais, são uma parte importante de

angústia e *stress* para a Mulher, sendo as situações mais relatadas pelas mulheres que procuravam a consulta. Acrescenta ainda que estas dificuldades eram acompanhadas, na maior parte dos casos, por *"estados de tensão, desvalorização pessoal, frustrações e negativismo sobre as situações e sobre si próprias (...). Muitas das suas queixas reflectem o sentido de responsabilidade de lutar e manter as relações interpessoais. O desapontamento com essas relações, especialmente com os seus parceiros masculinos, a desvalorização das suas capacidades emocionais e até a atribuição de falha pessoal perante os problemas relacionais, também aparecem nas mesmas queixas"* (p. 8).

A mediocridade das relações interpessoais no seio do casamento está estreitamente associada à depressão feminina. A discórdia conjugal é frequentemente relatada como factor desencadeante, sendo que as mulheres que sofrem de depressão apresentam, geralmente, muito mais problemas conjugais do as do grupo de controlo, problemas esses que não se atenuam completamente com a remissão dos sintomas depressivos (Eisenberg, 1978; Weissman & Klerman, 1976).

Em suma, a interiorização que a mulher faz do que dela é socialmente esperado, afecta o seu funcionamento e bem estar físico e psicológico, bem como as expectativas quanto aos seus direitos e deveres, e capacidade de intervenção social.

Esteban (1993) levou a cabo uma investigação antropológica no marco geográfico urbano basco, tendo encontrado que muitas mulheres

definem a sua saúde e a vivência do seu corpo directamente em função das relações com o mundo exterior, com as pessoas mais chegadas. Por outras palavras, o seu entorno afectivo condiciona fortemente a experiência e visão da saúde própria.

Diversos estudos têm demonstrado que as mulheres deprimem mais frequentemente que os homens. Numa revisão desses estudos, Weissman e Klerman (1976) chegaram à conclusão de que duas vezes mais mulheres do que homens sofrem episódios depressivos, e uma em cada dez mulheres vem a sofrer de uma depressão grave na sua vida.

Como diz Kaplan (1986), os diversos aspectos da depressão têm sido discutidos na literatura médica e psicológica sem que se tome em consideração como o seu desenvolvimento e/ou manifestações podem ser influenciados por questões que radicam no género e nas prescrições desenvolvimentais normativas. Só recentemente a identidade de papéis de género tem sido investigada como um dos factores psicológicos que poderá ajudar a compreender esta diferença entre os sexos (Baucom, 1983).

Grossman e Wood (1993) argumentam que as diferenças sexuais que, frequentemente, se encontram, quando se avalia a intensidade e a qualidade de experiências emocionais, derivam dos papéis não igualitários que homens e mulheres desempenham na mesma sociedade. Um estudo de Nolen-Hoeksema (1987), acerca dos estilos de resposta à depressão, segundo o sexo, parece congruente com esta

hipótese explicativa. A autora encontrou que o menor nível de depressão geralmente experienciada pelos homens poderia dever-se ao estilo mais instrumental (e menos expressivo) de *coping*, mais voltado para a resolução dos problemas, que os homens são educados a utilizar. A tendência feminina (socializada) para ser menos activa e mais ruminativa acerca dos episódios depressivos, amplifica-os e prolonga-os. Defende Nolen-Hoeksema que estas diferenças no estilo de resposta se devem à conformidade aos estereótipos de papel de género.

A força da socialização tradicional que encoraja as mulheres a desenvolverem um baixo nível das características consideradas "masculinas" é tão poderosa que, numa experiência levada a cabo por Baucom e Danker-Brown (1979), as mulheres "femininas" desenvolviam sentimentos de incapacidade e desesperança e falhavam numa tarefa que os investigadores tinham, errónea e propositadamente, classificado como masculina...

Baucom (1983) chegou igualmente à conclusão de que as mulheres "pouco masculinas", isto é, mais tradicionais, evitam assumir o controlo das situações, ou seja, a identidade de papéis de género aparece como um importante factor na determinação da quantidade de controlo que a mulher está capaz de exercer sobre os acontecimentos vitais.

Kaplan (1986) argumenta que, de facto, a frequência da depressão na mulher sugere que esta possa não ser uma doença que

se instala de forma mais ou menos aleatória em qualquer personalidade, mas que poderá, antes, ter muito a ver com uma distorção, um exagero, do estado normativo do que é ser mulher nas sociedades ocidentais.

Como já vimos, a autoconfiança e o autoconceito da mulher constroem-se, em grande medida, com base na avaliação das capacidades relacionais que ela possui, e estão altamente dependentes da medida em que a sociedade valoriza esses atributos (Kaplan, 1986). Mas, como diz Miller (1986), a nossa sociedade não só não os valoriza como os interpreta como sinal de fraqueza.

Esta desvalorização social faz com que a mulher, muitas vezes, não desenvolva totalmente as suas capacidades relacionais e torna-a ainda mais vulnerável a qualquer fracasso, neste que é o seu tradicionalmente "único" e desvalorizado terreno de actuação (Kaplan, 1986).

A perda última na história de muitas mulheres deprimidas não será, portanto, exclusivamente a perda da gratificação dos outros, mas, muito mais, uma enorme falha da confirmação da estrutura nuclear do seu Eu (Miller, 1986), e isto porque o fracasso se traduz ao nível da capacidade de ligação com o outro, da negação da oportunidade para um completo desenvolvimento dos objectivos relacionais.

Ironicamente, como a sua auto-estima depende tanto da noção que têm da sua capacidade para fazer e manter relações, muitas vezes, as mulheres auto-limitam-se na possibilidade de obter ganhos para a

auto-estima noutras áreas como a carreira ou a vida pública, pois receiam que - ou sabem que! - esses investimentos frequentemente ameaçam as relações (Kaplan, 1983).

Também as expectativas face aos seus direitos e deveres no seio da sociedade são em muito condicionadas pela visão mais ou menos tradicional dos papéis de género. Márcia Westkoot (1986) recorda que a imagem da mulher maternal que se desenvolveu ao longo da história e teve o seu apogeu no final do século XVIII e durante todo o século XIX, não morreu no século XX. Acrescenta que uma importante consequência deste imperativo de "cuidadora", culturalmente criado, é o direito dos homens aos cuidados da mulher. Por causa de ser socialmente esperado que as mulheres cuidem dos homens, mas não o contrário, o eu da mulher organiza-se segundo o princípio de que é da sua responsabilidade o bem estar dos outros e, como consequência deste valor socialmente partilhado por homens e mulheres do direito masculino aos cuidados femininos, as esposas são supostas cuidar não só dos filhos, mas também dos maridos (Miller, 1986).

Esta crença interiorizada de que o bem estar físico e emocional dos outros é tarefa das mulheres, e de que um fracasso a este nível estará de alguma forma alicerçado em *deficit's* na "feminilidade", em distorções da personalidade feminina, numa socialização inadequada, esteve (está?) na base de diversas teorias explicativas de dois fenómenos amplamente estudados e cuja compreensão nos parece

particularmente relevante no âmbito do nosso trabalho: a mulher do alcoólico e a mulher vítima de violência conjugal.

De facto, a nossa prática clínica que, de há oito anos para cá, diariamente nos põe em contacto com toxicodependentes, maioritariamente heroinodependentes e, em grande parte, homens, levou-nos, igualmente, a dirigir a nossa atenção para as suas companheiras. É nossa experiência pessoal, que partilhamos com colegas, que este grupo de mulheres enfrenta todo um conjunto de situações e problemáticas específicas que nos parece importante tentar conhecer, compreender e ajudar a resolver. Contudo, e contrariando a cada vez mais rica investigação existente sobre as famílias de origem do homem toxicodependente e sua dinâmica, fomos confrontados com a escassez de literatura científica sobre as suas famílias de procriação.

Assim, e constituindo nossa opção epistemológica a crença de que o alcoolismo e a violência conjugal são áreas de intersecção, isto é, com valor heurístico para a compreensão da toxicodependência, parece-nos relevante tomá-las em consideração, e serão objecto do próximo capítulo.

CONTRIBUTO DE PROBLEMÁTICAS "AFINS": O ALCOOLISMO E A VIOLÊNCIA CONJUGAL. O CASO ESPECÍFICO DA CODEPENDÊNCIA

Ao abordar as temáticas do alcoolismo e da violência conjugal como áreas em que as investigações efectuadas forneceram, em nosso entender, importantes contribuições para a problemática em estudo, não é de forma alguma nosso objectivo uma análise metódica e exaustiva das diversas teorias explicativas que, ao longo de décadas, foram sendo elaboradas sobre estes fenómenos. Antes nos propomos apresentar uma brevíssima visão crítica, à luz das diferenças sociais dos papéis de género que abordámos, da forma como, em algumas correntes, a Mulher é responsabilizada pelo comportamento do seu parceiro, e o viés que esta tradição de investigação introduz no saber produzido sobre a toxicodependência.

À medida que os saberes científicos foram construindo um conhecimento mais aprofundado da população alcoólica, a visão tradicional que conceptualizava o alcoólico como desempregado, sem

casa, sem família, física e mentalmente doente, deu lugar a uma visão mais realista, que deu conta de que este estereótipo constitui uma pequena fatia da população alcoólica, e de que uma significativa parte destes dependentes funciona no seio de uma família aparentemente intacta e estável (Steinglass, 1985).

Quando se começou a procurar, na rede relacional do homem alcoólico, a etiologia da sua doença, a constelação familiar de origem foi, inicialmente, responsabilizada (Steinglass, 1985). Assim, uma estrutura de família composta por um pai passivo e uma mãe dominadora, ou um pai abusivo e uma mãe demasiado tolerante, poderiam constituir, segundo certas perspectivas o ambiente ideal para o desenvolvimento de um alcoólico (Kaufman, 1991).

Convém notar que esta ênfase na constelação familiar conduziu, inevitavelmente, a um olhar quase exclusivo para os aspectos estruturais do sistema familiar, considerando como menos determinantes os padrões comunicacionais e os estilos relacionais presentes no seio da família e nos seus subsistemas, como por exemplo o casal.

Foi também sob este enfoque que, numa segunda fase, nos anos 50, o interesse pelas ciências psicológicas se voltou para o estudo clínico das estruturas de personalidade do homem alcoólico e da sua companheira, assumindo que os conflitos devidos às diferenças individuais estavam na base do problema (Steinglass, 1985). O foco, aqui, era o papel da mulher, enquanto iniciadora e perpetuadora do

comportamento de bebida do seu marido, e procurava-se responder à questão "que género de mulher casa com um alcoólico?", cujas implicações eram que mulheres com determinadas características ou mesmo patologias encontram - ou até procuram - homens que têm, ou virão a ter, problemas de alcoolismo (Asher, 1992).

Esta visão dominante nos estudos iniciais com mulheres de alcoólicos apresentava-as como sendo pessoas com psicopatologia severa, muitas vezes de larga duração, anterior ao casamento, e que encontram no homem fraco e dominável - no alcoólico - a forma de satisfazer e colmatar as suas carências e perturbações intrapsíquicas (Steinglass, 1985). Uma outra linha de pensamento atribuída à mulher uma personalidade dependente e infantil que receava que um marido não alcoólico e autónomo, que não necessitasse dela de uma forma quase vital, a abandonasse (Kaufman, 1991). Kaufman (1991) recorda uma outra hipótese, anterior a estas e "ainda mais misógina" (p. 72), que defendia que era a mulher quem levava o marido a beber...

As correntes psiquiátricas e psicológicas que procuram, por detrás de um alcoólico, uma mulher inadequada e perturbada parecem ter tido, segundo Louise Nadeau (1986), origem nas transformações sociais operadas com o aparecimento, na segunda metade do século XIX, do movimento puritano de temperança nos EUA. Nasce o mito da "verdadeira mulher", cujo papel seria, claro, ter filhos, mas também proteger a sua família dos males do mundo, fazer com que reinasse o

equilíbrio no lar. No que diz respeito à questão do álcool, a função da mulher seria a de impedir o seu homem de beber demais, o que teria, por corolário, que na origem de cada homem alcoólico estaria uma mulher incapaz de o "manter em casa", que não fazia o seu papel de verdadeira mulher (Nadeau, 1986).

A maioria das hipóteses abertamente "culpabilizadoras da mulher" foram abandonadas, do ponto de vista científico, na década de 70, à medida que as investigações sobre os padrões comunicacionais, no sistema marital e familiar do alcoólico, foram ganhando terreno. Contudo, na cultura popular e no saber do senso comum, as suas raízes parecem ter deixado marcas profundas, sendo frequentes as "bocas" de que é a incompreensão da mulher, o seu comportamento leviano ou pouco adequado, a sua "frigidez" e falta de amor, que "levam um homem à bebida".

No que diz respeito à problemática da violência contra as mulheres, os investigadores procuraram, também, inicialmente na família nuclear a origem do homem abusivo, mudando depois o foco para a procura das características das mulheres que "se deixam bater" (Ferreira da Silva, 1995). Assim, num primeiro momento, um substancial conjunto de investigações tentou estabelecer as relações entre ter sido vítima de violência parental ou testemunha de violência entre os pais, enquanto criança, e o vir a tornar-se abusivo para com a parceira

emocional, em adulto (Barnet & Fagan, 1993; Cappel & Heiner, 1990; Rosenbauem & O'Leary, 1981; Telch & Lindquist, 1984).

Quando o casal começou a ser abordado, em muitas das teorias que procuram perceber o porquê da violência conjugal e uma resposta à questão "porque é que ela fica?", há igualmente implícita uma preocupação de justificar o comportamento violento, desculpabilizando o homem e atribuindo grande parte da responsabilidade à mulher. As análises iniciais procuravam identificar estruturas psicológicas predisponentes e culpabilizavam a Mulher por ser emocionalmente subdesenvolvida, fraca, masoquista, "estar a pedi-las" ou, ainda, infantilizavam ou subalternizavam a Mulher, apresentando-a no papel de pobre vítima indefesa, incapaz de ser responsável pelos próprios actos, limitando-se a reagir de forma estereotipada ao comportamento do seu parceiro (Glass, 1995).

Snell e colaboradores (1964), citados por Luísa Ferreira da Silva (1989), dão conta dos resultados da sua investigação com doze mulheres que tinham apresentado queixa dos seus maridos por violência conjugal, e concluem pela evidência do masoquismo feminino. "(...) *we see the husband's aggressive behavior as filling masochistic needs of the wife and to be necessary for the wife's (and the couple's) equilibrium*" (p. 110). Vão mais longe os autores, explicando-nos a origem do masoquismo feminino como resultado de uma personalidade "*agressive, efficient, masculine, and sexual frigid*" (p. 111), servindo os

comportamentos violentos do marido não só *"to release him momentarily from his anxiety about is ineffectiveness as a man"*, mas, igualmente, como tendo para a sua mulher a função de uma *"masochistic gratification and helping probably to deal with the guilt arising from the intensive hostility expressed in her controlling, castrating behaviour"* (p. 111). É a mulher quem, pelas suas características de passividade e de dependência, manipuladora do homem, provocando a fúria masculina por escalada de conflito verbal ou, pelo contrário, pelos seus traços depressivos (Gayford, 1975; Gillman, 1980; Rosenbaum & O'Leary, 1981), acaba por fazer o homem "perder a cabeça".

No campo das dependências de drogas ilícitas — e, mais uma vez, também aqui o homem é o sujeito principal —, Harbian & Maziar (1975), num artigo de revisão, encontraram como descrição mais frequente do padrão familiar de origem do homem adicto uma mãe superprotectora e indulgente e um pai ausente ou emocionalmente distante. A mãe é vista como a figura dominante, que é ambivalente face ao seu papel, procurando na relação com o filho a reparação do distanciamento afectivo, ou mesmo físico, do marido. Tem uma relação demasiado permissiva e intrusiva com o toxicodependente, que é colocado na posição de filho favorito, "o melhor de todos", o "mais fácil

de criar" (Wellish, Gay & McEntee, 1970), e que foi, muitas vezes, "estragado" (Ziegler - Discroll, 1985).

Rapidamente, a procura das características de personalidade, psicológicas e psicopatológicas, das mulheres e mães dos adictos ganhou popularidade.

Seldin (1972), efectuando um resenha das investigações sobre o tema, encontrou a defesa de que o casamento adicto reproduz esta dinâmica familiar. À semelhança das mães, as mulheres dos toxicodependentes são emocionalmente instáveis e inseguras, escolhendo um homem toxicodependente por um desejo de o dominarem, e ficando ao lado dele, de uma forma doentia, que as levaria — como se dizia para algumas mães — a sabotarem o tratamento dos maridos.

Osnos, Taylor e Wilbur (1966), num estudo à época pioneiro, com dezasseis mulheres não toxicodependentes casadas com homens dependentes de heroína, inclinaram-se para a conclusão de estarem na presença de mulheres que, por características intrapsíquicas, têm necessidade de dominar os maridos. Sentem-se atraídas pela fraqueza destes, gostam do poder que exercem sobre eles e das poucas exigências sexuais de que são alvo, dada a sua própria ambivalência psicosexual.



**CONTRIBUTO DE PROBLEMÁTICAS "AFINS": O ALCOOLISMO E A VIOLÊNCIA
CONJUGAL. O CASO ESPECÍFICO DA CODEPENDÊNCIA**

Parece-nos importante realçar que as investigações realizadas para tentar confirmar estes "perfis" (que uniformizavam as experiências de mulheres diferentes, provenientes de contextos socioculturais também muito diferentes, transformando-as num conjunto simplificado de sintomas médicos e psicológicos), mostraram que não é possível encontrá-los (Glass, 1995). Os estudos não confirmam diferenças consistentes entre as mulheres vítimas de violência e as que o não são, nem entre as mulheres com um marido alcoólico e as que são casadas com um homem que não bebe em excesso, do ponto de vista da personalidade prévia, do contexto sócio-cultural de pertença, nem de um tipologia familiar de origem (Asher, 1992; Carden, 1994; Margolin, John & Gleberman, 1988; Orford, 1975).

Não temos conhecimento de dados de investigação, a este respeito, com "mulheres de toxicodependentes". É, no entanto, nossa convicção que também não existe uma tipologia coerente, pré-existente à relação. Embora não se negue, de modo algum, o interesse da realização de investigação empírica sobre este problema, convém assinalar que a grande questão de fundo é de natureza epistemológica, afectando, portanto, o tipo de questões que a investigação formula e as estratégias metodológicas que visam responder-lhes. A opção entre visões naturalistas e históricas do funcionamento psicológico humano, a adopção do construtivismo como epistemologia de base, e da perspectiva sistémica como instrumento teórico que permite apreender a

lógica de auto-organização, auto-regulação e desenvolvimento do funcionamento psicológico, constituem algumas das dimensões que estruturam um quadro conceptual que se desvia de enunciados e hipóteses elaboradas em torno de perfis psicológicos específicos, de personalidades prévias ou de estruturas psicológicas determinantes.

Se características psicológicas individuais e perfis socioculturais não parecem conseguir ajudar a entender porque é que as mulheres permanecem em relações com homens que abusam de substâncias ou são fisicamente abusivos, provavelmente fará sentido olharmos para aquilo a que Bograd (1992) chama a infra-estrutura patriarcal das relações sociais, culturais e políticas da sociedade ocidental, que as legitimam.

Diz Luísa Ferreira da Silva (1995) que *"o papel tradicional da instituição familiar é ainda, entre nós, mais marcante da ideologia do que o direito à individualização para que tendem as sociedades modernas. A honra exige da mulher que ela aceite o seu destino de esposa. A economia e a vida social confirmam esta ideologia da família como a melhor condição para a mulher"* (p. 20).

Hite (1993) reforça esta ideia, fazendo notar que, se uma mulher se queixa de maus tratos, falta de amor ou indiferença por parte de um homem, o mais provável é que oiça que é "masoquista" ou "dependente do amor" porque, se não, porque é que ficaria ao lado dele? Mas, acrescenta, este tipo de posição é "culpabilizar a vítima". Numa estrutura

social em que as mulheres foram, e em larga medida continuam a ser, educadas para fazer do amor o foco da sua identidade na vida, ridicularizar e patologizar as mulheres por "amar demais" é, no mínimo, surpreendente. Em resumo, diz Hite, as mulheres estão a ser culpabilizadas por fazerem aquilo que a sociedade lhes ensina e que espera delas, a mesma sociedade que penaliza e discrimina as mulheres que não conseguem uma relação estável.

É este tipo de ideologia que perpetua a vergonha, a desesperança e o embaraço experienciado pelas mulheres, quando se vêem forçadas a admitir o fracasso da sua relação (Glass, 1995). É um fracasso das suas capacidades enquanto mulheres, educadas, como são maioritariamente as mulheres, a acreditar ou a querer acreditar que "o amor tudo vence".

É este tipo de ideologia que acresce às dificuldades da separação emocional toda uma carga social de penalização da mulher que ousa sair da família, cometendo assim um "pecado" contra o principal alicerce da sociedade (Glass, 1995), que leva a que, muitas vezes, quando procura ajuda, experiencie reacções de culpabilização por parte de polícias, de profissionais de saúde, de amigos, ou até da própria família.

Luísa Ferreira da Silva (1995), no seu livro sobre violência conjugal, transcreve dois depoimentos de mulheres, suficientemente eloquentes para ilustrar este ponto: "(...). Muitas vezes me marcou.

Quando eu fui ao hospital, o médico perguntou o que é que eu tinha feito para ele me bater assim. Eu nunca dizia nada. Tinha muita vergonha (35 anos, Região do Porto, p. 113). *"As pessoas aceitam melhor a que apanha porrada todos os dias, "olha a cruz dela, coitada", do que a que se separa"; "A mulher é censurada. Ela, se o deixa, é que tem sempre a culpa. Os homens acodem uns pelos outros. E a própria mulher é que fala mal da outra mulher"* (Grupo de mulheres, Região de Aveiro, p. 114).

Os estereótipos de papéis de género estendem, portanto, a sua influência, inclusivamente, a áreas como a atribuição de culpabilidade como, por exemplo, os estudos sobre as situações envolvendo violência contra mulheres têm demonstrado. Willis, Hallinan e Melby (1996), fazendo uma revisão dos trabalhos de diversos autores, encontraram que, em situações de violação, homens e mulheres com uma visão mais tradicionalista dos papéis de género atribuem uma maior dose de culpabilidade à vítima e menor ao perpetrador, do que os mais igualitários. Esta ideologia tradicional face aos papéis de género afecta, igualmente, a forma como a polícia intervém em situações de abuso doméstico, com os agentes mais tradicionais a revelarem maior relutância em "meter a colher". As investigações mostram ainda que, quanto maior é o grau de intimidade de uma relação, mais frequente é a atribuição de responsabilidades à mulher como causa de vitimização.

Não se julgue que isto é coisa do passado... No seu próprio estudo, levado a cabo com estudantes universitários de ambos os sexos, em 1995, Willis, Hallinan e Melby confirmaram a influência do "sex role stereotyping" na atribuição de responsabilidades na violência doméstica. Os participantes com uma visão tradicional eram mais solidários com o homem e classificavam os seus comportamentos como menos abusivos do que os mais igualitários. Para além disso, os mais tradicionalistas tinham maior tendência a achar que se trataria de uma situação "pontual" e não de um quadro habitual de violência, e classificavam o incidente como menos grave. Por último, quando o casal era casado, os mais tradicionais tinham uma menor probabilidade de avaliar o homem como abusivo, o que faz todo o sentido face à visão tradicionalista de que, quando um homem casado se envolve em violência doméstica, não está senão a disciplinar a sua família (Willis, Hallinan & Melby, 1996).

Adams (1988) defende que, para a questão de porque é que o homem é violento para com a mulher, muito mais do que procurar a etiologia psicológica, deverá procurar-se uma permissividade sociológica. O homem fá-lo, em larga medida, porque as normas culturais lhe transmitem a crença de que a violência é uma forma aceitável e eficaz de resolver conflitos interpessoais; que o marido tem o direito de esperar obediência e submissão por parte da esposa (até há bem pouco tempo o prometer obedecer ao marido fazia parte integrante

do ritual de casamento católico, apesar de o inverso não se verificar...), e que não será penalizado por isso.

A força do poder patriarcal e dos estereótipos de género face ao modo segundo o qual homens e mulheres devem agir, sentir e comportar-se estende-se, igualmente, ao campo da saúde mental, como aliás já analisámos para o caso da maior incidência de depressão no sexo feminino. Diz Kaplan (1983) que a visão masculina de quais os comportamentos "saudáveis" e quais os comportamentos "patológicos" tem sido codificada como critérios de diagnóstico, no que diz respeito às perturbações mentais, penalizando a mulher.

Stiver (1988), retomando esta ideia, afirma que as mulheres se arriscam a serem mais frequentemente diagnosticadas como dependentes, histéricas, etc.. Segundo a autora, as mulheres que são social e culturalmente encorajadas a colocarem as necessidades dos outros à frente das suas próprias, tornam-se muito vulneráveis a este tipo de diagnóstico que, paradoxalmente, é muito penalizado do ponto de vista social. Stiver dá como exemplo que o DSM-III-R refere, explicitamente, que quer a personalidade histriónica, quer a personalidade dependente são mais frequentes nas mulheres. A autora faz notar que estas categorias diagnósticas têm características que envolvem interacção com os outros e a expressão intensa de afectos, por contraste com as patologias "tipicamente masculinas", como a personalidade paranóide ou a anti-social, que comportam sintomas que

levam ao distanciamento dos outros, como a suspeição paranóide e a frieza e manipulação sociopáticas, e sugere que seria importante reflectir sobre a prevalência diferencial destes quadros à luz do condicionamento social dos papéis de género. Esta ideia parece ter tido algum eco nos organizadores do DSM-IV (1996). Assim, embora o manual refira que as perturbações histriónica e dependente da personalidade são mais frequentes nas mulheres em contexto clínico, ressalvam a existência de estudos com recurso a entrevistas estruturadas, que revelam taxas de prevalência destas perturbações semelhantes para homens e mulheres.

Rosewater (1988) (citada por Carden, 1994) realçou que, muitas vezes, as mulheres vítimas de violência conjugal eram erroneamente diagnosticadas como esquizofrénicas ou *borderline* com base nos seus perfis do MMPI (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*), sem que ninguém tenha procurado enquadrar estes resultados à luz do que uma relação abusiva significa para a estrutura do eu feminino na sociedade ocidental.

Também Caplan (1984), argumentando contra o que a teoria psicanalítica nos habituou a considerar como o masoquismo feminino inato, chama a atenção para o que os psicólogos sociais demonstraram ser a pressão da sociedade para que as mulheres se portem de forma altruísta, sendo, muitas vezes, punidas se se desviam deste comportamento. Alerta, igualmente, para o facto de ser precisamente ao

altruísmo feminino, à prontidão com que estão atentas aos outros e às suas necessidades, que se chama o seu "masoquismo". O que é frequentemente chamado masoquismo é, realmente, muito do que é aprendido e encorajado na cultura ocidental como sendo a própria essência da feminilidade.

Estas reflexões servem de base para meditarmos um pouco sobre o que atrás foi dito acerca do contexto familiar e conjugal dos homens dependentes ou abusivos. Como vimos, as investigações sobre as problemáticas dos comportamentos adictivos (sejam eles o alcoolismo, as substâncias ilícitas, a "dependência da violência", ou outros), têm descurado bastante o impacto que tem na família a existência de um adicto problemático como membro e, ainda pior, não só estas abordagens têm negligenciado o que os envolventes possam sentir, como muitas vezes colocam a responsabilidade destes comportamentos desviantes na família e, particularmente, nas mulheres (Velleman *et al.*, 1993).

O conceito de codependência, criado de raiz nos anos 80 e com enorme popularidade e divulgação nos anos 90, pareceu inicialmente tentar vir colmatar esta falha, procurando enquadrar todo um conjunto de problemas, comportamentos e sentimentos experienciados pelo facto de se ser um membro próximo de uma pessoa com comportamentos abusivos (Sullivan, Bissel, & Leffler, 1990). Originariamente, o termo "codependência" dizia respeito aos familiares dos alcoólicos,

tipicamente a mulher, que inadvertidamente encorajavam a manutenção do problema, em vez da sua resolução (Schaefer, 1986), e apareceu no contexto do tratamento dos alcoólicos, em programas como os Alcoólicos Anônimos e os seus satélites *Al-Anon* e *Al-Teen*. O conceito depressa se estendeu às outras formas de dependência e, rapidamente, se tornou uma espécie de "guarda chuva conceptual", usado para definir qualquer pessoa que seja um participante numa relação disfuncional envolvendo abuso de qualquer tipo (Norwood, 1985).

A literatura sobre codependência, como os livros *"Codependent No More"*, de Melody Beattie (1987) e *"Codependence: Misunderstood, Mistreated"* (1986) de Ann Schaefer, tornaram-se *best sellers*, e ajudaram, infelizmente, a popularizar concepções diagnósticas dos conflitos interpessoais, identificando constelações de comportamentos vistos como sintomas de uma doença mental subjacente (Haakenm, 1990). Ora, como vimos, na grande maioria das relações de casal em que só um dos parceiros é alcoólico, dependente de substâncias ilícitas ou violento, a maior probabilidade é a de que esse membro seja o homem. Esta constatação faz da mulher o alvo do diagnóstico de codependente.

Alguns dos mais citados sintomas de codependência não requerem, sequer, consenso entre os diversos teóricos e acabam por fazer igualmente parte de vários diagnósticos incluídos na secção das Desordens de Personalidade dos DSM (Myer, Peterson & Stoffel-Rosales, 1991). Os sintomas podem ser tão extensos e tão pouco

discriminativos que Beattie (1987) dedica nove páginas do seu livro à sua enumeração (Lyon & Greenberg, 1991). As definições pouco rigorosas de codependência arriscam-se, assim, a resultar num "efeito Barnum", o que justificaria a enorme popularidade que o conceito alcançou, quer entre leigos quer entre profissionais, nos EUA, estimando-se que seria um "rótulo" que facilmente se poderia aplicar a 96% da população norte americana, num momento ou noutro (Lyon & Greenberg, 1991). Este constructo parece ser a neurose *chic* dos tempos de hoje. Livros, panfletos, *workshops*, seminários, páginas na *internet* e grupos de auto-ajuda proliferam, prometendo "curar" as pessoas afectadas por esta (ainda não cientificamente comprovada) "doença". Pessoas, reunindo todo o tipo de sintomatologia enquadrável nas muito maleáveis definições de codependência, são encorajadas a aderir a um dos mais de 1800 grupos de recuperação de codependência - os CODA - existentes nos EUA (Cowan & Warren, 1994).

Defendem alguns autores (Lyon & Greenberg, 1991; Velleman *et al.*, 1993) que o que, inicialmente, pretendia constituir um modo de compreensão das dificuldades atravessadas por quem se vê envolvido numa relação complicada pela violência ou o uso de álcool ou drogas, se tornou num termo diagnóstico popularizado na literatura "psicológica" de grande divulgação, cujo suporte empírico parece ser de natureza "anedótica" e não resultante de investigação científica (Haaken, 1990; Lyon & Greenberg, 1991; Morgan Jr., 1991).

Velleman e colaboradores (1993) fazem notar que da actual ênfase nas mulheres codependentes se retira (mais uma vez...) a implicação de que a mulher codependente sofre de uma desordem de personalidade que a leva a, inconscientemente, escolher companheiros com problemas adictivos.

Ellis (1988) põe em questão a utilidade e a correcção do conceito de codependência, argumentando que muitas das mulheres descritas como codependentes escolheram os seus parceiros antes de qualquer tipo de dependência se desenvolver. Um outro argumento (quanto a nós bastante bem fundamentado, uma vez que tem por base um estudo controlado) contra a uniformização que a codependência pretende impor, parte dos trabalhos de Asher e Brisset (1988). Investigando 52 mulheres casadas com homens alcoólicos, as autoras procuraram a adequação do funcionamento psicossocial destas mulheres ao que seria de esperar em termos do quadro "codependência". Obtiveram como resultado que só uma pequena percentagem de mulheres "encaixa" neste perfil de reacção à dependência dos seus maridos, pelo que, nas suas conclusões, defendem que, para a maioria das mulheres envolvidas numa relação com um homem quimicamente dependente, o termo "codependência" não é nem útil nem apropriado.

No final dos anos 80, as investigadoras da linha feminista começaram a verificar uma clara correspondência entre o conceito de codependência e o papel de género feminino (Cowan & Warren, 1994),

à semelhança, aliás, do que dissemos no capítulo precedente, para a depressão. A sua principal crítica é a de que a codependência rotula como patológicos os papéis de género que as mulheres têm sido encorajadas a seguir, os papéis de *caregiver* e de pilar das relações que constituem, como já vimos, conceitos centrais da definição psicossocial de feminilidade.

Detenhamo-nos a analisar a descrição que um dos grandes teóricos norte americanos no campo das dependências — Edward Kaufman (1991) — nos faz das principais características das pessoas afectadas pela codependência: *"A common characteristic of most co-dependents is their lack of a clear sense of self-identity, which results from neglecting or giving up their own needs and interests for the sake of others. They concentrate so excessively on the SA* in their lives that they cease to explore their own interior life, and they lose the ability to examine their own values and motives. Since emotional individuation from the SA is nonexistent, they have no clear sense of the psychological and emotional boundaries between themselves and others, particularly the SA. Their own identity is derived almost completely from their relationship to others, and their self-esteem is gained from how they carryout their responsibilities to and for other people. They are "mirrored" through other people and by how they respond to them; they only see themselves as reflected in the responsibilities for others that life provides*

* Substance Abuser

for them. Their sense of success or failure in life is derived not through their own performance in life but from the successes or failures of those for whom they feel responsible. A majority of co-dependents are extremely frightened of being abandoned by others. In order to prevent abandonment, they live their lives holding back their feelings - particularly anger and aggressiveness - and not expressing their needs." (p. 90).

Como facilmente verificamos, e à luz do que foi debatido no capítulo precedente, as críticas feministas parecem fazer algum sentido...

A codependência culpabiliza a mulher por tentar ser a mulher socializada perfeita e atribui a características psicológicas (ou até psicopatológicas) individuais a preocupação feminina com os outros e a tentativa de manter a relação sob controlo. Em vez de atender aos factores económicos, políticos, sociais e culturais que estão na base da desigualdade de género, e procurar olhar para o problema da codependência como mais um sintoma da falta de poder no contexto das relações homem/mulher, a codependência e os seus proponentes encaram soluções pessoais e internas, ajudando a perpetuar o *status quo* (Whitley, 1994).

O problema da codependência é que, mais uma vez, se procura qual o papel que a mulher desempenha no comportamento desviante do seu companheiro, se já não de um ponto de vista etiológico, pelo menos do ponto de vista da sua manutenção.

Aplicar o "rótulo" de codependente às mulheres dos alcoólicos, dos toxicodependentes e dos homens abusivos pode ser particularmente estigmatizante, já que as implica de uma forma causal no comportamento abusivo dos seus companheiros, apresentando-as como ainda mais perturbadas do que eles, uma vez que sofrem de uma "desordem de personalidade" que implica a necessidade de reabilitação (Harper & Capdevila, 1990).

Em suma, e como corolário do que foi dito, ficam as palavras de Ramona Asher (1992): *"I think we need to be keenly aware of the relationship between conceptualizations of codependency and historical attitudes and actions toward women. There has been and still is a staggering flow of cultural messages about women's second-class citizenship, such as women's vulnerability, subservience, caretaking, passivity, self-sacrifice, sexual degradation, and affective and economic dependence. There are burdensome social expectations for women to keep families together, and to bridge and smooth discrepancies between private and public family life. Until recently, there has been a virtual absence of cultural mandates or socially structured opportunities for females to develop resources and skills of emotional and economic autonomy, assertiveness, and psychological or social empowerment. All of this fits disconcertingly well with the characterization and implications of codependency. Given this cultural context, I believe it is primarily women who are labeled codependent, and it is primarily female spouses*

of alcoholics who experience life with their mate as a moral career. Much of what can be said about female socialization and experience also pertains to codependency (...)" (p. 197).

É nossa convicção que o conceito de codependência inclui aspectos relevantes e úteis para uma compreensão sistémica da família com um membro dependente, e dos seus subsistemas. A grande questão que se coloca é que se trata actualmente de um conceito socialmente impregnado que, como faz notar Giddens (1995), "(...) *descreve aquilo a que antes se chamava o "papel feminino" em geral*" (p. 61); dito de outro modo: o produto principal resultante do modo de utilização social deste conceito foi a naturalização do problema.

O conceito de codependência, se encarado na perspectiva de paradigmático de diversas constelações relacionais problemáticas, permite um melhor entendimento da sua dinâmica. Contudo, o uso que dele tem sido feito e as distorções que tem sofrido conduziram a que a codependência apareça, muitas vezes, "(...) *ligada não a uma relação específica mas a um tipo de personalidade*" (Giddens, 1995: 62).

Pensamos que, do ponto de vista da nossa investigação, seria útil retomarmos este conceito no prisma de, por codependência, entendermos, como alguns autores sistémicos (Lane & Russel, 1989), um padrão relacional específico, e não uma característica de personalidade dos seus intervenientes. Codependência poderá, então,

designar um padrão cristalizado e disfuncional de mecanismos de lidar com uma situação relacional adversa, como veremos quando abordarmos o casal em que só ele se droga.

O HOMEM TOXICODEPENDENTE

Na introdução deste trabalho, fizemos referência ao risco a que as companheiras dos consumidores de heroína poderão estar expostas quer em termos de consumos próprios de drogas - lícitas ou ilícitas - quer do ponto de vista das doenças sexualmente transmissíveis.

Para entendermos um pouco melhor as diversas vertentes deste risco, seria importante debruçarmo-nos sobre os companheiros destas mulheres.

Se bem que toda a tentativa de definir com clareza uma estrutura particular de toxicodependente, uma personalidade toxicofílica, pareça, hoje em dia, pouco realista, e a prática clínica nos mostre que o funcionamento psicológico dos toxicodependentes não pode ser reduzido a um modelo único e característico, pelas mesmas razões, de ordem epistemológica, já invocadas atrás, há, contudo, quem defenda a existência de um certo número de elementos psicológicos, de natureza

não intrínseca (i.e., do tipo de estabilidade atribuída à noção de traço), mas antes situacional, comuns às diferentes personalidades dependentes (Bergeret, 1988).

A dificuldade de controlo dos impulsos, a incapacidade de projecção no futuro, o prazer experimentado nos riscos que repetidamente se procuram, e o manejo difícil dos afectos (entendidos, aqui, como elo de ligação entre si próprios e os outros), concorrem para uma certa impossibilidade de diferir o prazer e para a necessidade imediata de o obter (Silva, 1989).

Se se adoptar uma perspectiva psicanalítica, constata-se que as carências ao nível do funcionamento fantasmático limitam fortemente as trocas afectivas com o mundo externo e com a realidade que esse mundo representa (Bergeret, 1988). Soma-se-lhes o efeito psicológico do uso de drogas que restringem o campo vital, não somente na relação com os outros — que se torna cada vez mais pobre e utilitária —, mas, também, fazendo regredir a relação com o mundo a um nível narcísico (Charles-Nicolas & Le Cognic, 1988). Como faz notar Luísa Carrilho (1995), são indivíduos *que*“(...) *não saem da crise da adolescência, mantêm-se mal estruturados, mal organizados afectivamente, com um pseudo anticonformismo, sempre insatisfeitos com o mundo, porque estão insatisfeitos consigo mesmos*”.

Kaufmam (1985) acrescenta que o uso de drogas, que muitas vezes tem o seu início na adolescência, é, por isso, particularmente perigoso do ponto de vista desenvolvimental, já que, em muitos casos, impede a aquisição de diversas competências psicológicas e estratégias de *coping* que podem nunca mais vir a ser adquiridas. A toxicodependência constitui, assim, “*uma espécie de prolongamento do período de latência*” (Carrilho, 1995: 38). A exacerbação do funcionamento comportamental, essa necessidade de reagir por actos, por agidos, para compensar as carências afectivas e a incapacidade de mobilizar o universo imaginário (Bergeret, 1988), contribuem, também, para a caracterização de muitos toxicodependentes como *impulsive risk-taking* (Seal & Agostinelli, 1994).

Acrescem os comportamentos autodestrutivos que se manifestam quer nas acções propriamente ditas (onde se pode, aliás, incluir o consumo das drogas) quer por omissões quer, ainda, pela procura imediata do prazer sem olhar às consequências (Costa, 1989). Kaufmam (1991) refere que um aspecto comum aos utilizadores quer de *uppers* (drogas activadoras, como a cocaína e as anfetaminas) quer de *downers* (drogas depressoras como a heroína e os outros narcóticos), é que o uso de drogas tem, como objectivo, aliviar sentimentos de ansiedade, desesperança e depressão, e lidar com medos face à identidade e desempenho sexuais, sem qualquer preocupação com os efeitos deletérios dos consumos.

Por outro lado, como faz ainda notar este autor, *"the more an individual on the road to addiction resorts to illegal behavior to support his habit, the more he acquires the traits of an antisocial personality (...). Once the addict reaches the point at which antisocial personality patterns are established, using and obtaining his drugs have become the driving force in his life and are placed ahead of any other aspect of his relationships with others"* (Kaufman, 1991: 80). Para obter a sua "dose", o indivíduo fará o que for preciso. De facto, é também nossa convicção que o carácter legal ou ilegal da droga de abuso, com as consequências económicas e sociais que tal distinção implica, contribui decisivamente para modelar aspectos psicológicos e o estilo de vida da pessoa dependente. Recorremos, mais uma vez, às palavras de Kaufman (1991) para ilustrar esta perspectiva: *"(...) many of the behavioral differences between alcoholics and drug abusers develop secondarily, after the substance-abusing pattern sets in, and may be attributable in large part to the fact that alcohol is a legal substance whereas drugs such as heroin, cocaine, and the hallucinogens are illegal. In other words, the life-style of a man who develops an illegal drug habit, and its impact on his family, presents unique factors by virtue of the fact that the addict's substance of choice happens to be illegal (...) with serious consequences both to himself and his family"* (p. 63).

A referência a algumas características do funcionamento toxicod dependente aparece no sentido de nos ajudar a perceber as

implicações que estas formas, menos "racionais", mais imaturas e mais impulsivas, de tomada de decisão acarretam, do ponto de vista relacional, e, em termos de adopção de comportamentos preventivos da infecção pelos vírus das hepatites e da SIDA.

O primeiro caso de SIDA entre toxicodependentes intravenosos foi relatado, na Europa, em 1984, três anos depois do aparecimento dos primeiros casos entre os homossexuais masculinos. Contudo, esta epidemia espalhou-se mais rapidamente entre os toxicodependentes do que em qualquer outro grupo. Altas taxas de seroprevalência HIV₁ entre a população toxicodependente em França, Itália e Espanha, foram responsáveis por 95% dos casos de SIDA entre os toxicodependentes por via injectável (Loimer, 1992). A contínua entrada de novas pessoas na população toxicodependente por via injectável e a possibilidade de transmissão heterossexual apresentam difíceis desafios aos esforços de prevenção.

Os números relatados na *III International Conference on AIDS/III World Congress*, em 1992, em Amsterdão, chamam a atenção para o facto de o número de mulheres com a SIDA, nos EUA, ser já de 22 mil, sendo que a proporção na Europa está a aumentar, representando as mulheres 16% dos casos de SIDA. Das mulheres infectadas pelo vírus da SIDA, por transmissão heterossexual, cerca de 50% tinham tido companheiros utilizadores de drogas I.V.. Em Dezembro de 1994, mais de 20 mil casos de mulheres com SIDA foram noticiados em 44 países

da Europa, sendo a via de transmissão heterossexual a responsável pela maior proporção destes casos (Thorne *et al*, 1996).

Os riscos podem, ainda, ser agravados. Brewer (1992) sugere mesmo que, para os toxicodependentes que se injectam, o modo de administração da droga, associado a pistas e rituais, pode ser quase tão importante para o toxicod dependente como as propriedades farmacológicas da droga.

Por outro lado, entre os consumidores que fumam, em períodos em que o dinheiro escasseia ou em que a qualidade do produto piora, aumenta, em flecha, a probabilidade de aquele ser injectado (Le Breton, 1991), uma vez que esta via de consumo permite um melhor “aproveitamento” da droga.

Os estudos parecem apontar para o facto de, à medida que se caminha do centro para o sudoeste europeu, os produtos serem de pior qualidade e mais caros, o que contribuiria para aumentar o recurso à via injectável (Le Breton, 1991).

Entre os toxicod dependentes, mesmo nos bem esclarecidos quanto às potenciais consequências de partilha de “materiais” de consumo, há uma situação na qual a partilha de seringas é quase “obrigatória”: aquando do primeiro “chuto”. O consumo de drogas por via endovenosa começa por uma iniciação que, muitas vezes, não é nem premeditada nem programada, pelo que é pouco provável a existência de uma seringa esterilizada, não usada, nestas circunstâncias (Le Breton, 1991).

A gravidade desta situação começa a ser reconhecida e, em Berna, foram criados, em 1995, diversos *shooting rooms* em que, sem qualquer tipo de exigência ou contrapartida, há material de injectar esterilizado, facilmente acessível, o que terá tido como resultado que 91% dos toxicodependentes tivessem utilizado material esterilizado, aquando do primeiro consumo injectável (Aggleton, 1997).

Grupos há que, cuidando de não partilhar seringas, continuam, no entanto, a partilhar "caldos", água de lavagem, filtros, etc., por desconhecimento dos riscos associados.

Outros parecem não estar preocupados com as consequências dos comportamentos de partilha, pelos factores de personalidade já referidos, nomeadamente a imaturidade e a "paixão do risco" (Le Breton, 1991). Por outro lado, como já veremos, sob o efeito de consumo de álcool e drogas, há uma maior insensibilidade face às questões de prevenção da SIDA e outras doenças.

De facto, o elevadíssimo número de hepatites víricas na população toxicodependente (no Centro de Apoio a Toxicodependentes de Cedofeita -Porto, no ano de 1996, a prevalência de hepatite B foi de 37,6% e a de hepatite C de 53,4%), bem como o crescente número de infecções pelo HIV (em 1994: 3.66% seropositivos para HIV, em 1995: 6.18%, no mesmo serviço), faz pensar na hipótese de falência das medidas de prevenção. Números de 31 de Dezembro de 1996, disponibilizados pela Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA

(1997a), referem que, dos 503 casos notificados no ano de 96, em que foi possível conhecer a via de transmissão, 271 diziam respeito à categoria "toxicodependente" e 136 tinham transmissão heterossexual, sendo que esta via de transmissão mantém a tendência verificada, nos últimos anos, para aumentar (26,4% no ano de 95 e 27,4% no ano de 97). Ao contrário do que os números de alguns países sugerem (Danoghoe, 1992), em termos de diminuição do risco de infecção HIV por partilha de seringas, em Portugal, foi na categoria "toxicodependente" que se verificou o aumento percentual mais elevado, contribuindo com 55,5% dos novos casos notificados.

Parece-nos, ainda, importante realçar que o grupo etário mais problemático, em que se situam 34.9% dos casos de SIDA, no nosso país, é o dos 25 aos 29 anos, faixa etária que comporta, igualmente, o maior número de toxicodependentes. No seu mais recente relatório, a Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA (1997b) reforça que "*o número de casos de SIDA, associados à toxicodependência como principal factor de risco para a transmissão do vírus da imunodeficiência humana, regista um aumento progressivo importante em relação às outras categorias de transmissão, constituindo, a 30 de Junho de 1997, 42.3% dos casos notificados*" (p. 34).

No caso português, a baixa prevalência ainda verificada a nível do HIV resultará de um mecanismo puramente epidemiológico que se relaciona com o facto de, no "reservatório potencial" dos utilizadores de

drogas, o número de seropositivos para a SIDA ser ainda pequeno, pois, como se pode avaliar pela taxa de hepatites, não são utilizadas medidas de prevenção eficazes. Aggleton (1997), fazendo referência a trabalhos apresentados no *XI International Conference on AIDS*, em Vancouver, afirma que as hepatites víricas são comumente utilizadas como "marcadores" de comportamentos de risco, do ponto de vista de consumos injectáveis e do provável risco de infecção pelo HIV.

Apesar de a transmissão sexual do HIV ser aparentemente menor do que a transmissão por partilha de equipamento de injectáveis, entre os toxicodependentes, o comportamento sexual parece ser mais difícil de modificar do que a partilha de seringas (Donoghoe *et al.*, 1989; Hart *et al.*, 1989). Foi encontrada uma alta prevalência de comportamentos sexuais de risco nesta população. Donoghoe e colaboradores (1989) relatam que uma população de toxicodependentes I.V., que trocavam seringas em programas de troca de seringas não usavam, contudo, preservativo em 79% das relações sexuais.

Alguns autores, como Weinstein (1989), levantam mesmo a hipótese de estarmos perante um caso de *risk compensation*. Esta teoria postula que tomar precauções pode, paradoxalmente, aumentar a exposição ao risco. O que parece acontecer é que, quando alguém adopta medidas parciais de protecção contra uma determinada ameaça, pode adquirir uma falsa sensação de segurança que o leva a descuidar outras vertentes da situação e ficar, por vezes, mais exposto. É como se,

face aos riscos de andar estrada, um condutor decidisse proteger-se usando o cinto de segurança, mas deixasse de estar atento à velocidade a que conduz ou às regras do código de estrada...

No nosso caso concreto, pode ser que, por tomarem o cuidado de diminuir a partilha de seringas (os que o tomam...), os sujeitos se achem protegidos da SIDA, esquecendo ou menosprezando outros comportamentos de risco, nomeadamente a nível sexual.

Outra das razões pelas quais é importante termos em atenção o funcionamento toxicodependente, ao abordamos a prevenção da SIDA, prende-se com o facto de serem cada vez mais numerosos os estudos que têm vindo a encontrar que, indivíduos sob o efeito de álcool ou drogas, são pouco susceptíveis a utilizar medidas preventivas da transmissão de doenças por via sexual (Bagnall *et al.*, 1990; Fitterling *et al.*, 1993; Graff *et al.*, 1995; Leigh, 1990), já que estas substâncias interferem com a capacidade de juízo crítico e de tomada de decisão. Por outro lado, álcool e drogas são, por vezes, utilizados para “justificar” comportamentos de risco (“estava bêbado, não sabia o que fazia...”) ou ainda para “desligar” de preocupações racionais face à sexualidade (McKirnan *et al.*, 1996). O consumo de álcool e drogas foi um dos factores que Christopher e Cote (1984) encontraram como justificando a decisão de adolescentes se envolverem em relacionamentos sexuais pré-maritais.

Como é óbvio, estas estratégias aumentam a probabilidade de comportamentos de risco. Klee e colaboradores (1990) encontraram que os toxicodependentes com parceiros que não consomem têm actividade sexual mais frequente do que os casais em que ambos consomem, e que a prevalência do uso de preservativo é muito baixa. Fazem notar os autores que esta rejeição do preservativo constitui um factor de alto risco para os parceiros. Cohen, Hauer e Wofsy (1989) relatam que a maioria dos casos de mulheres infectadas com o vírus da SIDA é constituída por sujeitos que consomem drogas, por via injectável, ou que são parceiras de homens que o fazem.

A preferência por companheiras não toxicodependentes foi igualmente observada por McKeganey, Barnard e Watson (1990), no seu estudo com uma população de toxicodependentes intravenosos de Glasgow, em que 79% destes consumidores não usavam, ou não se sentiam preparados para usar, preservativo

Desde há muito que se tem conhecimento da influência das drogas na sexualidade. Doses baixas ou moderadas de álcool, haxixe ou cocaína podem aumentar a libido. Mas o uso crónico ou excessivo destas substâncias, bem como o uso de heroína, diminuem a libido, causam problemas de erecção e de ejaculação retardada (Buffum, 1982; MacDonald *et al.*, 1988; Plant *et al.*, 1989). Esta tendência para a ejaculação retardada entre os dependentes de opiáceos, possivelmente devido aos efeitos sedativos e analgésicos destas substâncias

(Touzeau, 1988), pode tornar menor a apetência pelo uso do preservativo, tradicionalmente encarado como diminuindo a sensibilidade masculina ao prazer sexual, e agravando, assim, o problema em questão. Ora, de acordo com Pollack (1985), a ideologia dominante, embora já não implique que as mulheres não sejam sexualmente activas, continua a implicar que o comportamento da mulher seja, ou deva ser, primariamente talhado pelos desejos do homem e pela sua satisfação, pelo que, se o uso do preservativo for sentido como perturbador do prazer masculino, se torna difícil para a mulher insistir no sexo seguro.

Por outro lado, havendo diminuição da líbido, o preservativo, sentido como corpo estranho "castrador" de intimidade, pode tornar-se em mais um estorvo ao relacionamento. As dificuldades erécteis tornam também, por vezes, impossível a colocação eficaz do preservativo, já que este deve ser utilizado aquando da rigidez peniana completa.

Necessariamente, se deixadas a cargo do indivíduo dependente, as probabilidades da utilização de medidas profiláticas são, portanto, bastante reduzidas, pelo que as suas parceiras estão em risco. Seria assim fundamental trabalharmos com estas mulheres, no sentido de poderem tomar a seu cargo a sua própria protecção. Para isso, teremos que avaliar o seu grau de conhecimento e as crenças e atitudes face a estas questões, os seus recursos emocionais e a sua autonomia, bem

como os entraves que se podem colocar face à adopção de medidas preventivas eficazes. Será este o tema de um dos próximos capítulos.

***"MEDIDAS PREVENTIVAS DAS DOENÇAS
SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS:
ENTRAVES À SUA ADOÇÃO"***

A compreensão das relações que os seres humanos estabelecem entre si constitui uma das áreas de maior complexidade no âmbito das ciências humanas e coloca desafios particularmente difíceis aos investigadores. Estas dificuldades exacerbam-se se o campo de estudo são as relações de intimidade e, mais ainda, a sexualidade. Assim, quando pretendemos, por exemplo, avaliar a probabilidade de que as pessoas se protejam de doenças de transmissão sexual, não nos podemos esquecer de que esta probabilidade é a resultante de um conjunto de valores, atitudes e comportamentos, social e culturalmente determinados, face à sexualidade em geral, e a comportamentos sexuais particulares, que temos que apreender e considerar. Neste capítulo, procuraremos debruçar-nos sobre algumas destas questões, no que

concerne a utilização de medidas preventivas de doenças sexualmente transmissíveis, nomeadamente o HIV e as hepatites víricas.

D. Wight (1992), num artigo de revisão, aponta para o facto de os estudos sugerirem a existência de diversos factores culturais que dificultam a adopção de adequadas medidas de prevenção. De entre eles, parecem-nos particularmente relevantes para os nossos casais:

- As relações de poder entre os sexos;
- As dificuldades em falar de sexo;
- A percepção da função do preservativo como primordialmente contraceptiva;
- O estágio de desenvolvimento e a qualidade de cada relação, e como isso afecta o comportamento.

Por outro lado, e para que alguém se assuma em risco perante determinada ameaça à saúde, é fundamental que reconheça que essa ameaça é pessoalmente relevante, o que por vezes se torna muito difícil.

Não podemos esquecer, ainda, ao pretender avaliar a melhor forma de ajudar as companheiras dos heroinómanos a adoptarem comportamentos seguros face à infecção pelo HIV, que os conhecimentos e a informação sobre o que são as práticas correctas não se traduzem, só por si, geralmente, na sua adopção e em mudança de atitudes, o que nos leva a reflectir sobre a ineficácia das estratégias

puramente informativas de prevenção, como de resto, acontece na generalidade das áreas de intervenção psicológica (e.g., educação sexual, orientação vocacional).

Procuraremos, agora, aprofundar os problemas específicos colocados por cada uma destas questões.

As relações de poder entre os sexos

O discurso sobre o HIV e a SIDA tendem a esquecer a existência de desigualdades de poder relacionadas com o género, a classe social e a etnicidade (Holland *et al.*, 1992).

A sexualidade é modelada pela sociedade em que vivemos. A educação religiosa, as leis, as representações vigentes, as políticas sociais, os valores e o saber do senso comum, modelam a sua expressão e regem os seus significados e limites (Richardson, 1993).

Na nossa consulta, as relações heterossexuais são um contexto desigual, em que as mulheres têm menos poder do que os homens para controlar os processos e os conteúdos das interacções sexuais (Holland *et al.*, 1990; 1991; 1992; Thomson & Scott, 1991). As investigações destes autores mostram que muitas das escolhas no que diz respeito ao sexo seguro, sofrem constrangimentos devido ao contexto da relação de poder diferencial nos encontros sexuais (Maxwell & Boyle, 1995). As

mulheres, grupo em que, como já vimos, a prevalência do HIV está a aumentar mais depressa do que nos homens, são muitas vezes desprovidas de poder, *vis-a-vis* os seus parceiros masculinos em assuntos que têm a ver com a sexualidade e, nomeadamente, não lhes é, geralmente, dada participação activa na decisão das prioridades, em termos de programas de prevenção e da distribuição dos recursos. Esta é a principal conclusão que Ankrah (1997) retira dos trabalhos que, sobre esta matéria, foram apresentados na *XI International Conference on AIDS*, em Vancouver.

Há várias formas de manifestação desta desigualdade de poder entre os sexos. O prazer masculino é ainda sentido, mesmo nas gerações mais novas, quer pelas raparigas quer pelos rapazes, como sendo o cerne dos encontros sexuais (Wight, 1992; Wilton & Aggleton, 1991). Daí que, como muitos homens declaram que o uso do preservativo lhes estraga o prazer, pode ser muito difícil obter a sua colaboração para práticas sexuais seguras que o envolvam, a menos que a mulher seja extremamente assertiva, o que nalgumas circunstâncias se torna difícil e pode, inclusivamente, ser encarado como "um pedido subversivo" (Holland *et al.*, 1991). Um estudo ugandês (Kabasharira, 1994), apresentando na *Japan AIDS Conference*, efectuado com 83 casais serodiscordantes para o HIV, encontrou que o uso do preservativo dependia do sexo do parceiro infectado: 17%, se o

homem era o seronegativo, contra apenas 7% se a não infectada era a mulher.

Muitas vezes, são as próprias mulheres que afirmam não gostar do preservativo. Segundo Wight (1992), uma importante questão ainda por esclarecer é o grau em que esta "aversão" feminina ao preservativo se deve ao seu próprio desprazer físico ou ao facto de terem interiorizado a visão que dele têm os seus parceiros masculinos. Moreau-Gruet e colaboradores (1996), num estudo efectuado junto de uma população representativa de 9.300 adolescentes suíços, encontraram que as raparigas tinham atitudes e comportamentos mais negativos face ao uso do preservativo, tinham um menor número de parceiros sexuais, e utilizavam a contracepção com maior regularidade do que os rapazes. Os rapazes relatavam maior número de parceiros e negligenciavam os assuntos do controlo de natalidade, apesar de manifestarem maior à vontade face aos preservativos. Defendem os autores que os programas de prevenção deveriam, portanto, enfatizar aspectos diferenciais para os dois sexos, fomentando, entre os rapazes, a responsabilidade na contracepção e a necessidade de protecção em situação de parceiros múltiplos, e, entre as raparigas, uma atitude mais positiva face ao preservativo, promovendo a sua utilização, quer para a protecção das doenças sexualmente transmissíveis quer para a contracepção.

Outra forma como a desigualdade de poder se verifica tem a ver com a extensão em que a mulher é capaz de defender os seus interesses, nos relacionamentos sexuais, sem se sentir constrangida pela convenções da sexualidade feminina.

Se a mulher está habituada, pela sua experiência e pelo seu contexto cultural, a que prevaleça a autoridade do homem sobre a mulher, este facto pode modelar fortemente a forma como se comporta na relação sexual. Se a mulher antecipa que, se o homem quiser, este exerce o seu poder para obter o que deseja, pode descurar os seus próprios interesses e necessidades, por lhes encontrar poucas probabilidades de sucesso (Holland *et al.*, 1990; 1991).

Não existem ainda dados de investigação quanto ao que se passa ao nível da população feminina portuguesa. Contudo, diversas pesquisas têm mostrado que as mulheres hispânicas parecem estar em desvantagem quanto à sua protecção contra a transmissão heterossexual do HIV, quando comparadas com as suas congéneres norte-americanas, porque não são capazes, ou acham inaceitável, confrontar os seus parceiros com questões relacionadas com a SIDA e iniciarem práticas sexuais mais seguras (Mays & Cochran, 1988; Ickovics & Rodin, 1992; Fullilove *et al.*, 1990).

A exposição das mulheres ao HIV e outras doenças de transmissão sexual é, assim, exacerbada por factores sociais, culturais e, até, económicos, ligados à sua condição de género. A desigualdade

social de poder e as diferenças nas expectativas de papéis entre os sexos, podem não permitir que a mulher decida como e quando há relacionamento sexual e quando usar preservativo (Davies *et al.*, 1996). A forma como a socialização afecta diferencialmente homens e mulheres, a nível da construção de expectativas e significados simbólicos da sexualidade, fica bem patente em estudos, como o de Carrol e colaboradores (1985), em que apenas 8% dos homens contra 45% das mulheres afirmavam a necessidade de envolvimento emocional para haver sexo, e o de Leigh (1989) que, inquirindo 4.000 homens e mulheres em S. Francisco, encontrou importantes diferenças de género quanto às razões apresentadas para ter sexo. Assim, enquanto que, entre os homens, os principais motivos invocados eram o prazer, a conquista, agradar à parceira, e o alívio de tensão sexual, a esmagadora maioria das mulheres apresentava como mais importante a necessidade de proximidade emocional. O que transparece nestes estudos, de acordo com Hoffman & Bolton (1997), é a maior probabilidade de que os homens afirmem ter sexo por prazer, enquanto que as mulheres afirmam ter relações sexuais por afecto. Como Davies e colaboradores (1996) acentuam, as razões para ter sexo não são apenas intuitivas e inconscientes, como defendia Freud, mas têm, também, muito de consciente e de social e culturalmente construído.

Mesmo nos casos em que a mulher se percebe como estando em risco para o HIV, pode não conseguir falar acerca deste assunto e dos

comportamentos de risco, por causa de regras culturais que tendem a fazer prevalecer a perspectiva segundo a qual, em matéria de sexo, as mulheres deverão ter um papel mais submisso, não tomarem a iniciativa, sendo aos homens que compete as decisões sexuais (Mays & Cochran, 1988; Worth, 1989). Também a antecipação de reacções negativas, por parte dos parceiros, culturalmente determinadas, pode reforçar a relutância destas mulheres em abordar comportamentos de prevenção ou qualquer temática de índole sexual (Mays & Cochran, 1988). Num domínio como o da sexualidade humana, em que ambos os parceiros têm que cooperar, os efeitos de qualquer intervenção individual, mesmo que bem sucedida, são muito mais atenuados se o indivíduo antecipa difíceis negociações com um companheiro menos envolvido ou preocupado com estas questões (McKirnan, Ostrow & Hope, 1996).

Em resumo, as tentativas para educar uma população acerca do HIV e da SIDA podem ser totalmente ineficazes e mesmo irrelevantes para o seu comportamento, se não tomarem em linha de conta as dimensões sócio-culturais associadas ao género, de que estão imbuídos os relacionamentos sexuais, e que afectam quer as crenças quer as práticas quer, ainda, o processo de formação da identidade sexual (Thomson & Scott, 1990).

As dificuldades em falar de sexo

Um dos principais problemas com que os esforços de prevenção das doenças de transmissão sexual e a terapia sexual se defrontam passa pela extrema dificuldade, que muitas pessoas têm, em abordar a temática da sexualidade. Como diz Machado Vaz (1991: 54), há, muitas vezes, *"um silêncio pesado que envolve o sexo, mesmo em casais sem dificuldades de comunicação a outros níveis"*.

Talvez por causa destes constrangimentos, verifica-se que, em geral, há muito pouca comunicação verbal sobre o tema durante o período que medeia entre o sexo ser uma possibilidade e o sexo acontecer.

Muita da comunicação, nestas ocasiões, parece ser não verbal e codificada. Esta ausência de diálogo explícito, a nível sexual, limita profundamente a possibilidade de negociações em termos de comportamento, com todas as graves implicações daí resultantes em termos de transmissão do HIV (Ingham *et al.*, 1991). Nomeadamente, se falar sobre o uso do preservativo pode ser problemático, muito mais inverosímil se torna acreditar que alguns parceiros consigam negociar alternativas ao sexo penetrativo, pois abordar este assunto exige um maior grau de comunicação íntima explícita (Romer & Hornik, 1992).

As investigações levadas a cabo com mulheres hispânicas (Moore *et al.*, 1995), apontam para o facto de as mulheres que relatavam práticas sexuais mais seguras serem aquelas que tinham sido capazes de discutir o assunto com o seu parceiro. Assim, seria fundamental que os programas de prevenção procurassem trabalhar os casais em termos da melhoria da sua comunicação global, e promovessem a relacionada com o HIV, desmistificando inibições e tabus, e explorando as vantagens do *safer sex*.

A percepção da função do preservativo como primordialmente contraceptiva

Uma vez que o uso do preservativo é a principal forma como o público é encorajado a lutar contra a SIDA, muitos trabalhos têm procurado investigar a sua utilização e os factores a ela associados.

De estudos qualitativos recentes, nomeadamente os de larga escala realizados no Reino Unido, emerge a imagem do preservativo como primordialmente ligado à contracepção e menos à prevenção das DTS. Mesmo entre os jovens que nestes estudos demonstravam saber e ter consciência de que o preservativo protege contra a gravidez, a infecção pelo HIV e outras DTS, poucos o utilizavam para outro fim que não a contracepção (Ingham *et al.*, 1991; Holland *et al.*, 1991).

Como o preservativo é usado principalmente como medida contraceptiva e não como barreira contra DTS, este facto tem implicações no sexo seguro. Raramente, hoje em dia, o preservativo é o meio preferido de contracepção (Spencer, 1984), pelo que, se a relação for percebida como minimamente estável, rapidamente se passa a utilizar a pílula, método preferido, mesmo entre os adolescentes, pela sua grande eficácia e "não intrusão" no coito (Bury, 1991). Esta preferência pela pílula face ao preservativo mantém-se, mesmo nos estudos realizados já após o advento da SIDA (Bury, 1991; Holland *et al.*, 1991).

Algumas implicações têm sido apontadas a partir deste estado de coisas. Por um lado, o facto de, numa relação, a mulher começar a tomar a pílula, parece estar associado a factores simbólicos de compromisso sério e de relação duradoira, o que, nomeadamente entre os adolescentes, se pode revestir de extrema importância, a nível de segurança emocional (Wight, 1992).

Por outro lado, há toda uma série de estereótipos negativos acerca do preservativo, que parecem ser determinantes da sua baixa popularidade. Num estudo de Hingson *et al.*, (1990), 50% dos adolescentes norte-americanos inquiridos acreditavam que o preservativo diminuía o prazer sexual.

É interessante verificar que, como alguns autores enfatizam (Wight, 1992; Holland *et al.*, 1991), esta visão negativa do preservativo

precede, muitas vezes, o seu uso, o que significaria que as objecções ao preservativo podem constituir muito mais um reflexo de estereótipos socialmente transmitidos do que um desapontamento real com a sua utilização.

Efeitos do estágio de desenvolvimento da relação no comportamento dos parceiros

À medida que as relações se vão desenvolvendo, há uma necessidade crescente de exprimir confiança e intimidade (Cohen, 1991). Esta confiança é, muitas vezes, baseada na crença da fidelidade conjugal e, uma vez que a confiança está intimamente ligada a relações significativas e envolventes, alguns autores defendem que os parceiros, sobretudo as mulheres, tendem frequentemente a ignorar os potenciais riscos, no sentido de darem à relação este cariz (Maxwell & Boyle, 1995). O mecanismo da confiança assume uma espécie de falsa qualidade protectora que pode dar origem a práticas sexuais não seguras, qualquer que seja o nível de conhecimento que os sujeitos têm acerca do HIV e da SIDA (Cohen, 1991). Mesmo para mulheres com relações estáveis com um parceiro em risco de infecção pelo HIV, os tópicos da transmissão e dos comportamentos seguros podem ser difíceis de abordar, pois mexem com estas questões "sagradas" da

confiança e da intimidade na relação (Mays & Cochran, 1988; Worth, 1989). Ou, dito de outro modo, a abordagem destas questões no contexto do relacionamento conjugal, é percebida como potencialmente ameaçadora da confiança da relação.

Se as relações forem definidas em termos de amor e confiança, a exigência de práticas seguras torna-se insustentável (Holland *et al.*, 1992), já que, como dizem Holland e colaboradores (1990), se o amor é o maior profilático, a confiança vem imediatamente a seguir.

A ideia comum é que, se uma relação é fixa, duradoura, "de amor", a monogamia está implícita e, como tal, os parceiros não estariam expostos ao risco de infecções pelo HIV, pelo menos por via sexual (Maxwell & Boyle, 1995). Nestas condições, é provável (como já vimos) que a mulher venha a tomar a pílula, já que o preservativo é muitas vezes associado a adolescentes, sexo pré-conjugal e *one night stands*, porque é bom para encontros esporádicos (Morton-Williams, 1976; Holland *et al.*, 1991).

Mas, se estas relações de longo termo não forem monógamas, e se o *safe sex* não for praticado, então há, efectivamente, riscos envolvidos nas ditas relações estáveis (Maxwell & Boyle, 1995). Estimativas acerca do sexo extraconjugal parecem, de facto, indicar que, frequentemente, as relações estáveis não são monogâmicas. Thomson (1983), fazendo uma revisão de doze inquéritos ocorridos entre 1948 e 1981, obteve que a incidência de sexo extraconjugal variava entre 20 e

66%, nas amostras masculinas, e, entre 10 e 69%, nas amostras femininas. No entanto, só 21,8% das mulheres casadas e 26,2% das mulheres coabitando usavam preservativo, de acordo com os dados obtidos. Davies e colaboradores (1996) encontraram, num estudo com uma população toxicodependente, e à semelhança da população geral, uma maior proporção de homens com mais do que um parceiro sexual do que de mulheres (40% e 20% respectivamente), o que se ficava essencialmente a dever ao maior número de homens com parceira fixa que tinham parceiras sexuais ocasionais (32% para os homens e 12% para as mulheres). Como entre outros toxicodependentes estudados (Rhodes *et al.*, 1993), o coito não protegido era a norma, não só com o parceiro regular, mas também com os esporádicos. Também Kumar e colaboradores (1997) fazem notar, no seu estudo com uma população de Nova Delhi, que o sexo extraconjugal é muito mais comum para os homens do que para as mulheres *"because of the power and freedom enjoyed by men in a patriarchal society and the easy availability of female sex workers (...)"* (p. 316).

Vitenbroek (1994) chama ainda a atenção para o facto de os recursos preventivos da infecção pelo HIV se centrarem quase exclusivamente em grupos jovens e sem relações fixas, o que poderá deixar de lado uma percentagem nada insignificante e potencialmente em risco: os não tão jovens e os casados.

Seria, pois, importante, em termos preventivos, ajudar a ultrapassar a noção de que "amor" e "confiança", por si só, protegem contra a infecção pelo HIV e dispensam o preservativo, sem que esta tomada de consciência da possibilidade de existência de riscos ponha em causa a relação afectiva.

Percepção de risco e comportamentos preventivos

A questão da percepção de risco e dos factores que tornam uma determinada ameaça pessoalmente relevante, tem constituído um dos principais campos da investigação preventiva, sendo uma das componentes centrais de todos os modelos de comportamento na área da saúde.

Apesar de ser um conceito de difícil operacionalização, dado o "à vontade" com que é empregue na linguagem corrente (McKee, Marková & Power, 1995), podemos globalmente utilizá-lo como um contínuo unidimensional de incerteza de que uma dada doença vá ocorrer, a qual vai parcialmente moldar subseqüentes percepções e comportamentos (Prohaska *et al.*, 1990).

Um dos primeiros modelos de educação para a saúde, o *Health Belief Model*, enfatizava a importância de conhecer as crenças das pessoas acerca de uma determinada ameaça para a saúde, para prever

a sua motivação para tomar acções protectivas (Kirscht & Joseph, 1989). Certas crenças, que incluem a percepção da gravidade do risco e da susceptibilidade pessoal a ele, são determinantes da "relevância pessoal" dessa ameaça à saúde. A menos que, através da educação, se consiga promover esta relevância pessoal, o mais provável é que a pessoa continue a ter o comportamento de risco, ainda que na posse de informações e conhecimentos correctos.

Têm sido identificadas diversas barreiras ao reconhecimento dessa relevância pessoal. Indivíduos de todas as idades têm revelado ideias irrealistas de invulnerabilidade a riscos de segurança e de saúde (Weinstein, 1987; 1989). Há evidências de que os comportamentos aos quais as pessoas atribuem culpa e estigma social podem afectar as percepções de susceptibilidade. Por exemplo, as pessoas tendem a pensar que são relativamente invulneráveis à dependência de drogas, ao suicídio, às doenças de transmissão sexual e às cáries dentárias, enquanto aceitam melhor a sua susceptibilidade a riscos como a diabetes, a hipertensão ou a fracturas por queda accidental (Weinstein, 1987; 1989).

Por outras palavras, para alguém se proteger de um perigo, é necessário que esteja consciente da existência desse perigo. No nosso caso concreto, são vários os factores que podem entravar uma correcta avaliação do risco por parte das mulheres dos toxicodependentes, quer no que diz respeito a um eventual início de consumos quer no que

concerne às DTS. Por vezes, as mulheres dos dependentes dos opiáceos que nos procuram em consulta, desconhecem que os companheiros utilizam a via injectável, mesmo que esporadicamente, nos seus consumos. Por outro lado, e mesmo quando os companheiros fumam a droga ou estão envolvidos num programa de tratamento, o risco de recaída, com o consequente agravamento dos consumos e o aumento da probabilidade do recurso ao "chuto", é tão elevado que não pode ser desprezado (Esteves, 1992). Comentando a sua prática clínica com dependentes de opiáceos, Stanton e Todd (1982) consideraram que os *"heroin addicts are perhaps the most intractable of drug abusers (...)"* (p. 64). Há ainda que ter em conta a frequência crescente com que heroinodependentes abstinentes de opiáceos, por administração de um antagonista ou de um narcótico de substituição, recorrem a consumos recreativos de cocaína. Ora, o uso de cocaína tem sido frequentemente associado a comportamento sexuais de risco (McBride *et al.*, 1992). Stimson (1992) relata que utilizadores de cocaína de ambos os sexos têm maior probabilidade de se envolverem sexualmente com vários parceiros.

Kowalewski e colaboradores (1990) sugerem que os efeitos desinibidores da cocaína predispõem os utilizadores ao risco de infecção pelo HIV, ao torná-los mais susceptíveis de experimentar práticas sexuais de alto risco, como o coito anal, sem o recurso ao preservativo.

Convém notar que, ao contrário do que se poderia pensar, os utilizadores de cocaína que não injectam, como é o caso de grande maioria dos nossos doentes — que a fumam “em base” —, estão em maior risco de infecção por via sexual. Segundo McDonald e colaboradores (1988) há uma correlação entre a via de consumo de cocaína e o nível de actividade sexual. Os utilizadores por via injectável relatam muito mais efeitos negativos sobre o desejo e desempenho sexuais, o que conduz a uma menor frequência de contactos.

A par de um aumento geral do uso de substâncias ilícitas, a popularidade do *crack/cocaine* tem sido responsabilizada por um aumento da proporção de HIV e outras DTS's transmitidas por via heterossexual (Elwood *et al.*, 1997).

Fullilove e colaboradores (1990), num estudo com adolescentes utilizadores de *crack*, em S. Francisco e Oakland, encontraram que estes relatavam o dobro de parceiros sexuais por mês do que os que não utilizavam *crack*.

Por seu turno, Kramer e colaboradores (1992) referem que, mesmo quando em tratamento, os utilizadores de cocaína em base (*crack*) eram os dependentes que continuavam a apresentar um maior risco de infecção por DTS através de comportamentos sexuais de risco, o que é corroborado por Weatherby e colaboradores (1992), que avaliaram que o uso de *crack* estava associado a um aumento de

actividade sexual, sexo com múltiplos parceiros e sexo a troco de dinheiro ou drogas, sendo a utilização do preservativo muito pequena.

Uma outra questão prende-se com o facto de as mulheres dos dependentes de opiáceos que estudamos viverem em situação de casal estável, o que pode diminuir a sua percepção de risco. Como já foi visto, nos casais estáveis, as práticas sexuais são muitas vezes encaradas não como puramente sexuais, como nas *one night affairs*, mas como práticas amorosas, as quais, implicando confiança entre parceiros que se amam, diminuem a probabilidade do uso do preservativo e tornam difícil a negociação destes aspectos (Maxwell & Boyle, 1995). Aliás, esta parece ser uma das principais razões pelas quais parceiros que se tornam estáveis abandonam as medidas de protecção, apesar de não terem efectuado qualquer teste (Cohen, 1991).

Outras vezes, a duração do relacionamento, o "bom aspecto físico" do parceiro e o fazerem análises repetidamente, funcionam, em si próprios, como elementos de protecção, dando uma sensação de invulnerabilidade face aos problemas de saúde. Nzioka (1996) cita as justificações, que um homem e uma mulher, que se tinham tornado seropositivos após contactos sexuais não protegidos, davam para não terem tomado precauções com os parceiros sexuais: "*they are very healthy and nice looking...*"; "*I would look at a man, and know he might be carrying the disease (...) you can know a potentially dangerous person*

by the way they look", como forma de ilustrar a crença no bom aspecto físico como indicador de saúde.

Um aspecto a ter ainda em conta relaciona-se com a questão de as pessoas pesarem custos/benefícios antes de decidirem adoptar um novo padrão de comportamento (Carnovano & Middestadt, 1993). Para algumas das companheiras dos toxicodependentes, a reacção negativa que esperam por parte do parceiro — por traduzir desconfiança de que andem a consumir, que utilizem a via injectável, que recorram a sexo pago para obter dinheiro, etc. — pode ter um custo tão elevado, que detenha a mudança para comportamentos menos arriscados.

Por último, convém frisar que a percepção do risco não é, muitas vezes, condição suficiente para conduzir a mudanças no comportamento, sendo o trabalho das motivações subjacentes uma condição indispensável (Bajos, 1997), e tornando-se, igualmente, imprescindível tomar em linha de conta a dimensão sociocultural desse mesmo risco. Igualmente importante é uma avaliação cuidadosa daquele que é, provavelmente, um dos elementos essenciais da sexualidade (como de todo o funcionamento psicológico humano): a sua natureza não racional, emocional (McKirnan, Ostrow & Hope, 1996), que é descurado quando nos centramos apenas nos factores cognitivos do risco sexual.

Na tentativa de explicar porque é que pessoas bem informadas continuam a colocar-se em risco de infecção pelo HIV, McKirnan, Ostrow e Hope (1996) enfatizam os elementos afectivo/emocionais envolvidos no risco sexual. Assim, dizem os autores que, para algumas pessoas, os comportamentos de risco não seriam devidos a má informação ou atitudes inadequadas, mas a uma aversão a terem que estar continuamente conscientes da existência do HIV e das consequentes normas sexuais restritivas. Estes autores fazem ainda notar, como exemplo da forma como as emoções podem distorcer a percepção do risco, a alta taxa de relações sexuais não protegidas em homossexuais com uma ligação afectiva estável. Afirmam ter encontrado que o sexo não protegido com o parceiro com quem se está emocionalmente envolvido era frequente, mesmo nos homens que admitiam ter outros relacionamentos sexuais ocasionais e/ou desconheciam se o parceiro era HIV positivo. Tratar-se-ia de um sentimento de "segurança" que advém de se sentirem emocionalmente envolvidos, e não de factos objectivos. Estes resultados são semelhantes ao que foi encontrado em termos de casais heterossexuais e que referimos numa secção anterior deste capítulo.

Em suma, o processo de construção de risco alicerça-se na situação social e cultural de cada indivíduo e depende do contexto relacional em que a actividade sexual ocorre (Bajos, 1997), factores que



terão que ser considerados na elaboração de qualquer estratégia preventiva que se pretenda eficaz.

Informação, atitudes e comportamentos: que relação?

Apesar de, correntemente, uma das assunções básicas da educação para a saúde ser a de que os indivíduos adoptarão um comportamento saudável se lhes forem dados conhecimentos e *skills* para isso, na grande maioria das vezes, verifica-se, como seria de esperar, que tal não acontece (Romer & Hornik, 1992).

Muitos inquéritos conduzidos com jovens revelam uma grande discrepância entre os seus conhecimentos acerca do HIV e a adopção de um comportamento mais seguro (Walter & Vaughan, 1993). Um destes estudos, levado a cabo com adolescentes norte-americanos (Lawrence *et al.*, 1995), mostrava que bons conhecimentos das vias de transmissão do HIV, atitudes favoráveis para com a prevenção e confiança na eficácia do preservativo na prevenção do HIV, não se traduziam por maior percentagem do uso do preservativo face a grupos com menos conhecimentos e atitudes mais desfavoráveis.

Wolitsky e colaboradores (1996), num estudo junto de uma população toxicodependente, encontraram que, apesar de níveis relativamente altos de conhecimentos referentes ao HIV e da recente

exposição e informação sobre esta matéria, eram frequentes as práticas de risco, quer sexuais quer a nível de consumos. Segundo os autores, estes resultados reforçam a necessidade dos esforços de prevenção ultrapassarem a simples informação dos toxicodependentes no que respeita à transmissão do HIV e aos riscos que correm. Os esforços de prevenção terão, assim, de ser concentrados na modificação de atitudes face à aceitabilidade e desejabilidade de usar preservativo, e de trocar e desinfetar material de consumo (Wolitsky *et al.*, 1996), o que passa por integrar as dimensões afectivas e semânticas destes comportamentos no *design* das investigações.

Por outro lado, a investigação qualitativa que tem tentado perceber por que é que, mesmo vastos conhecimentos acerca do HIV/SIDA, não se traduzem em práticas sexuais mais seguras, chama a atenção para o facto de ser imprescindível tomar em consideração as influências sociomediadoras, nomeadamente o contexto cultural em que o sexo ocorre, para que se tome em linha de conta aspectos morais, expectativas de papel de género e pressão do grupo, sem o que se torna praticamente impossível ser bem sucedido em termos de prevenção. Por exemplo, com excepção das lésbicas e dos homossexuais masculinos, muito poucas pessoas associam *safer sex* a sexo não penetrativo, sendo que, na sua maioria, os heterossexuais olham o sexo não penetrativo como preliminar para o coito (Holland *et al.*, 1991). Nathalie Bajos (1997) chama-nos igualmente a atenção, para

o facto de o pressuposto segundo o qual a protecção da saúde é a coisa mais importante para um indivíduo, ser, por vezes, erróneo, enfatizando que outras motivações ou características podem ser determinantes. A autora dá como exemplo que a incapacidade psicológica de se projectar no futuro ou de se adequar às normas sociais estabelecidas (características que, fazemos nós notar, encontramos muitas vezes entre os heroinodependentes) modelam a importância que o indivíduo está capaz de acordar à sua saúde.

As mensagens de prevenção da SIDA habitualmente trazem implícito que o comportamento sexual é resultante de uma tomada de decisão racional e mútua. Mas a noção de que os comportamentos relacionados com a saúde resultam de uma decisão consciente e racional tem vindo a ser posta em causa (Hunt & Martin, 1988) e a revelar-se uma ideia particularmente inapropriada quando se fala em comportamento sexual, sendo fundamental tomar em linha de conta as dimensões simbólicas da sexualidade (Wight, 1992).

Uma outra dificuldade é que, apesar de um comportamento recomendado ter sido experimentado e provisoriamente adoptado, não é certo que a mudança de comportamento seja mantida ao longo do tempo. Verifica-se, muitas vezes, nos casais que nos procuram em consulta, que, no "primeiro embate" da notícia de infecção por hepatite vírica, utilizam o preservativo, mas acabam por abandonar esta prática, passado algum tempo. Tem sido encontrado que a *compliance* face à

prevenção do HIV é, na melhor das hipóteses, inconsistente (Hays *et al.*, 1990; Kelly *et al.*, 1993). Este tipo de conclusão é semelhante ao que acontece em quase todas as áreas de saúde, em que a recaída em comportamentos de risco é mais a regra do que a excepção (Brownell *et al.*, 1986; Marlatt & Gordon, 1995).

A manutenção da mudança requer um ambiente apoiante e uma alteração duradoura dos significados e das normas associadas com o comportamento seguro. Isto é particularmente relevante na prevenção do HIV, por causa do longo período de latência antes do aparecimento dos sintomas e da necessidade de práticas consistentes de sexo seguro (Romer & Hornik, 1992), o que é consentâneo com o facto de a aparência do parceiro ser um factor de decisão quanto a estar ou não infectado, por vezes mais importante do que os próprios resultados analíticos. A ausência de sintomas pode dar uma falsa sensação de segurança e conduzir à readopção de comportamentos menos seguros.

Mckirnan, Ostrow e Hope (1996) alertam para o facto de que o que as pessoas estão dispostas a fazer, do ponto de vista da segurança sexual, é fortemente influenciado por normas sociais. Também Bajos (1997) salienta que a rede social em que o indivíduo está inserido tem enorme importância na prevenção da SIDA. De facto, se os comportamentos preventivos preconizados forem contraditórios ou inconsistentes com as normas e valores do grupo de pertença do indivíduo, ou se ameaçarem a veracidade das crenças desse mesmo

grupo, é pouco provável que venham a ser adoptadas de forma duradoura (Fisher, 1988; Hays *et al.*, 1990). Rhodes e colaboradores (1994) encontraram, por exemplo, que as atitudes face às medidas de redução de risco entre os toxicodependentes são fortemente influenciadas pelo facto de os outros toxicodependentes do grupo as adoptarem. As mudanças devem, então, ser procuradas em termos da cadeia de relações mais do que em indivíduos isolados, já que a discussão e partilha de experiências com as pessoas em quem se confia promovem atitudes comuns e ajuda mútua na sua prática (Bajos, 1997), não esquecendo, também, os efeitos, em termos de pressão do grupo no sentido do conformismo.

Em resumo, para que uma intervenção em termos preventivos possa ser bem sucedida, tem que tomar em conta as necessidades, crenças e expectativas específicas do grupo alvo, diagnosticando as percepções de cada grupo acerca de quais são os comportamentos seguros, e ajudando a fornecer o adequado suporte social que permita a manutenção dos comportamentos adequados.

A MULHER E O CASAL TOXICODEPENDENTE

A MULHER TOXICODEPENDENTE

Historicamente, a investigação sobre o abuso de drogas tem-se centrado primordialmente nos homens, como aliás muita da investigação no campo da saúde (Leshner, 1995). A este facto não é alheia a influência dos esterótipos de género, que ainda prevalecem na nossa sociedade e que condicionam fortemente a própria investigação científica. De facto, realça Leshner (1995), as poucas pesquisas que existem focam-se essencialmente na toxicodependente grávida e no efeito que o uso de drogas poderá ter nos seus filhos. Acrescenta o autor, que é necessária investigação isenta sobre a mulher que se droga, sobre as suas necessidades e os seus desafios específicos, independentemente do seu estatuto de mãe. Por estas razões, e ainda porque uma pequena parte das mulheres do nosso estudo são, elas

próprias, tocodependentes, pareceu-nos fazer sentido apresentar algumas reflexões, ainda que breves, sobre a mulher quimicamente dependente, o seu enquadramento social e cultural, e também sobre o casal em que ambos consomem.

Como diz Carmo Marcelino (1994), *"escrever acerca das tocodependências nas mulheres é procurar compreender culturalmente porque se considera que "elas são sempre piores" ou "são muito mais perturbadas" independentemente das perturbações psiquiátricas (...) e procurar compreender o fenómeno Toxicodependência no contexto histórico e sociocultural do papel da mulher"* (p. 7).

Jo Coupe (1991) acrescenta que o impacto que a sociedade tem a todos os níveis da vida de homens e mulheres afecta diferencialmente uns e outros, e que há, ainda, muito a fazer para que descobertas importantes — como o facto de as diferenças fisiológicas de género tornarem a mulher mais vulnerável, de uma forma mais precoce e mais grave, às consequências do uso de drogas — não sejam interpretadas pejorativamente, e socialmente penalizadas. Segundo a autora, criou-se a noção de que as mulheres que admitem um problema de dependência são consideradas intrinsecamente "más", não só porque arruinam a sua própria saúde, mas porque criam danos à sua prole. Este tipo de juízo moral só é compreensível à luz do processo de socialização diferencial que já abordámos. A dependência de substâncias na mulher ofende

mais a sensibilidade, na medida em que contraria a visão da mulher como cuidadora primordial e como mãe. Adoptar um estilo de vida contrário àquele para que foram socializadas, o que acontece frequentemente às mulheres dependentes de drogas ilícitas, faz delas um alvo preferencial de estigmatização. Alguns investigadores têm mesmo argumentado que, comparadas com os homens, as mulheres adictas às drogas constituem um grupo particularmente perturbado e desadaptado (Erikson & Murray, 1989; Marsh & Simpson, 1986). Reforçando que o estigma social face ao abuso de substâncias é muito maior para as mulheres do que para os homens, afirmam que, para uma mulher ser capaz de quebrar os tabús sociais e se tornar "drogada", deve ter um muito maior desajuste psicológico, prévio ao abuso de substâncias, do que o homem que utiliza drogas, cujo comportamento é muito menos mal visto pela sociedade (Erikson & Murray, 1989; Marsh & Simpson, 1986; Luthar *et al.*, 1993.).

Menétry (1986) afirma que muitas mulheres não foram educadas para saber "socializar" a sua agressividade e as suas angústias, ou seja, para as utilizar para desenvolver projectos profissionais e sociais. As mulheres, enquanto grupo, estão mais habituadas a adaptar-se e a culpabilizar-se, a virar contra si próprias a agressividade e a desenvolver sintomas psicossomáticos, num contexto de desvalorização de si mesmas. Diz-se que, em geral, a mulher atribui os seus sucessos à sorte e os fracassos à sua incapacidade, enquanto que o homem fará o

inverso, atribuindo os seus fracassos aos azares, e os sucessos às suas capacidades (Menétry, 1986). Não será de admirar que alguns dos sintomas maioritariamente encontrados nas mulheres com problemas de dependências reflectam esta realidade, como veremos mais adiante.

De acordo com Cardinal (1986), de uma forma geral, os estudos epidemiológicos mostram que, nas sociedades ocidentais, há uma diferenciação marcada nos padrões de utilização de substâncias psicoactivas: a incidência de alcoolismo e de toxicodependência é maior nos homens do que nas mulheres. Mas, se as mulheres, enquanto um todo, utilizam consideravelmente menos o haxixe, a heroína, a cocaína ou o LSD, estão, contudo, sobrerrepresentadas no que diz respeito ao abuso de tranquilizantes, anti-depressivos e sedativos.

As observações transculturais têm permitido perceber como, por exemplo, em relação ao alcoolismo, a sua distribuição diferencial por sexos se deve, em larga medida, a factores sociais que favorecem um contexto de consumo masculino (Cardinal, 1986). Os estereótipos de género estarão, também e em grande parte, na base de uma abordagem inadequada de perturbações de ansiedade e afectivas nas mulheres, que resultarão numa sobreprescrição de psicofármacos, com o consequente potencial de abuso (Leshner, 1995).

No entanto, viver em conformidade com estereótipos femininos tradicionais pode ser problemático e tornar-se fonte de conflitos internos para as mulheres nos dias de hoje. A ansiedade que nasce destes

conflitos interiores ou de conflitos na interação com o meio é, segundo Cardinal (1986), um factor determinante na utilização — não médica — de medicação psicotrópica. Acrescenta a mesma autora que acontecimentos de vida ansiógenos, como um divórcio ou uma ruptura sentimental, percebidos pela mulher como ameaçando a sua identidade feminina, podem funcionar como factor desencadeador de um comportamento de intoxicação voluntária, agravados, como são muitas vezes, por uma atribuição pessoal da responsabilidade do insucessos relacionais.

No que diz respeito às mulheres dependentes de drogas ilícitas, a investigação tem mostrado que as mulheres adictas que procuram tratamento têm, enquanto grupo, características diferentes das dos homens:

- Consomem quantidades menores de álcool e drogas, mas caminham mais rapidamente para estádios avançados de dependência do que os homens (Lex, 1991), apresentando mais cedo problemas de saúde mais graves (Arbitur, 1990);
- utilizam mais tranquilizantes e sedativos (Almong, Angin & Fisher, 1993);
- têm maior probabilidade de receber tratamento psiquiátrico, geralmente por patologias que envolvem sintomas

internalizados, incluindo maior frequência de tentativas de suicídio (Luthar, Cushing & Rounsaville, 1996);

- relatam níveis mais baixos de autoestima (Arbitur, 1990);
- apresentam um nível educativo formal mais baixo e menor nível de competências valorizáveis em termos de mercado de trabalho (Arbitur, 1990);
- exibem níveis mais baixos de funcionamento psicológico ao nível de *coping* com o *stress* do dia a dia (Luthar, Glick, Zigler & Rounsaville, 1993);
- têm, com maior probabilidade, histórias de vida de que fazem parte o abuso físico ou sexual (Wallen, 1992);
- têm, habitualmente, menos problemas judiciais do que os homens (Luthar, Glick, Zigler & Rounsaville, 1996);
- relatam níveis mais elevados de vergonha associada ao consumo de droga, maior preocupação com o impacto da sua dependência nos filhos (Gillet *et al.*, 1991), bem como custos psicossociais mais altos (Hasin, Grant & Weinflash, 1988); sentem-se mais estigmatizadas ao admitirem o problema do que os homens (Knuffer, 1984);
- envolvem-se mais frequentemente em actividades sexuais por dinheiro (Luthar, Cushing & Rounsaville, 1996; Patrício, 1995) (aparentemente, como argumenta Luís Patrício, por causa da

moral vigente na sociedade ocidental em que o corpo da mulher continua, ainda, mais vendável);

- são duas vezes mais susceptíveis do que os homens de se infectarem com o vírus HIV através de consumos de drogas injectáveis ou de relacionamento sexual com toxicodependentes que se injectam (Elwood *et al.*, 1997);
- procuram menos (ou adiam) fazer o teste da SIDA (Mays & Cochran, 1988), por razões que se prendem com necessidades de sobrevivência no dia a dia mais agudas que as dos homens (Kalichman *et al.*, 1992) e com a obrigação de cuidarem dos outros antes de cuidarem de si próprias (Breetle & Leen, 1991). Estes tipo de comportamento agrava o prognóstico do problema, ao não permitir uma intervenção medicamentosa atempada, que possibilite o alívio dos sintomas e a melhoria da qualidade de vida (Siegel, Karus & Raveis, 1997);
- têm, com muita probabilidade, um companheiro adicto às drogas; *“a regra é a de que se a mulher é toxicodependente o marido/companheiro também o é. Temos encontrado raras excepções”* (Marcelino, 1991:103); *“A maioria das mulheres toxicodependentes são amigas, namoradas ou mulheres de*

homens toxicodependentes e muitas foram por eles baptizadas"

(Patrício, 1995: 149).

Detenhamo-nos um pouco a avaliar algumas das implicações deste último ponto. Se, como vimos, na sua maioria, os companheiros de mulheres toxicodependentes o são igualmente, o inverso não acontece. A este facto poderão não ser alheias as condicionantes culturais que, por um lado, aceitam pior a toxicodependência feminina e que, por outro lado, ensinam as mulheres (neste caso "normais") a permanecer ao lado de um homem com problemas e a suportarem situações complicadas por muito mais tempo.

Klee e colaboradores (1990), num estudo efectuado junto de homens consumidores de heroína por via injectável, verificaram que estes preferiam, como companheiras, mulheres não toxicodependentes. Os autores sugerem que esta opção tinha a ver com o facto de o uso de drogas ser "pouco atraente" nas mulheres. Resultados semelhantes foram relatados por McKeganey, Barnard e Watson (1990) com uma população dependente, em Glasgow. Homens toxicodependentes que se injectam têm, como maior probabilidade, uma companheira que, mesmo sendo consumidora, o não faz; enquanto que a mulher que se injecta tem, quase sempre, um relacionamento com um homem que também utiliza drogas por via endovenosa (Cohen, Hauer & Wofsy, 1989; Des Jarlais & Friedman, 1987). Além disso, a frequente

associação, nas mulheres, do consumo de drogas com o recurso à prostituição faz com que, por vezes, alguns homens toxicodependentes evitem ter sexo com mulheres utilizadoras.

Que implicações poderá ter, no curso e prognóstico das dependências químicas (álcool e/ou drogas ilegais), o facto de o indivíduo com o problema estar ou não envolvido numa relação estável e de o seu parceiro ser ou não consumidor?

O apoio social dado pela família e, sobretudo, pelo cônjuge, tem sido visto como um factor significativo de bom prognóstico, no caso do alcoolismo (Brown *et al.*, 1995).

Os investigadores que têm trabalhado a problemática do alcoolismo dão conta de que a intoxicação patológica se dá, em média, mais tarde nas mulheres do que nos homens, mas que, comparativamente, as mulheres necessitam de tratamento, por problemas ligados ao álcool, muito mais rapidamente do que os homens. O mesmo se passa, como vimos, para as mulheres toxicodependentes (Marcelino, 1994). Para além de explicações com base em diferenças fisiológicas entre os dois sexos, Louise Nadeau (1986) expõe, de modo interessante e com acutilância, aquilo que ela diz ser “uma teoria local de Montréal”, segundo a qual o grande drama das mulheres alcoólicas é não terem uma mulher que se ocupe delas! Explicita que o homem alcoólico tem, geralmente, uma mulher que lhe faz a comida, que zela pelo seu aspecto físico e asseio, o que, possivelmente, ajudará a

retardar a visibilidade dos aspectos deletérios do álcool. A apoiar a sua hipótese, que ela sublinha ironicamente, ser apenas uma teoria local que, se calhar, não convém "exportar", faz referência à sobrerrepresentação de separações e divórcios em todas as amostragens de mulheres alcoólicas na América do Norte.

Estatísticas comparáveis foram encontradas por Gillet e colaboradores (1991), numa população francesa de mulheres com problemas de alcoolismo. Comparando os seus números com os da população geral, encontraram que há menos mulheres alcoólicas casadas (47,7% vs. 74% na população geral) e muito mais divorciadas do que na população geral (25,9% de alcoólicas divorciadas vs. 3,4% da população geral). A ausência de uma relação conjugal nas mulheres alcoólicas parece ser um facto importante na história do seu alcoolismo, estando, habitualmente, correlacionada com pior prognóstico (Fortin & Evans, 1983).

No que concerne o campo do abuso de drogas, parece haver uma marcada diferença de género no respeitante ao papel da família no prognóstico. Especificamente, enquanto que a presença do cônjuge tem sido associada com um melhor funcionamento e prognóstico pós-tratamento nos homens toxicodependentes (Keil & Esters, 1982), o inverso parece acontecer, em alguns casos, para as mulheres. Nomeadamente, as mulheres casadas que procuram tratamento parecem encontrar maior oposição e terem mais conflitos com a família

e os amigos, antes de o fazerem, do que homens e mulheres solteiros (Beckman & Hortensia, 1986).

Brown e colaboradores (1995) levaram a cabo um estudo empírico para procurar compreender melhor as diferenças de género em dependentes químicos casados admitidos a tratamento. A sua amostra consistia em sessenta e sete homens toxicodependentes com mulheres não consumidoras e dezoito mulheres dependentes com maridos não classificados como tal (um pequeno reparo para a diferença de amostragem: a nossa prática clínica mostra-nos igualmente, que nas mulheres admitidas no nosso serviço — CAT/Cedofeita — por problemas de heroínodependência, é, comparativamente, uma raridade que tenham um parceiro estável não consumidor). Os autores encontraram que as mulheres toxicodependentes tinham menor probabilidade de estar a viver com o marido, os filhos ou outros familiares. Por outro lado, e apesar de a história de consumos ser relativamente mais leve, os casais em que a dependente era a mulher apresentavam muito mais problemas funcionais e de ajustamento, nas diversas áreas da vida em comum, do que aqueles em que o toxicodependente era o homem..

Enquanto grupo, os maridos das mulheres toxicodependentes utilizavam significativamente mais álcool e drogas de forma abusiva do que as mulheres dos toxicodependentes. Para além disso, exibiam mais

sintomas de *stress* e mal-estar psicológico, eram menos capazes de promover comportamentos eficazes de ajuda às suas mulheres, estavam menos disponíveis para apoiarem quer a mulher quer os filhos, manifestando falhas a nível da comunicação intrafamiliar e menor envolvimento.

Em resumo, dizem os autores, os dados encontrados sugerem que o apoio às mulheres com problemas de abuso de drogas, por parte dos seus maridos, é quantitativa e qualitativamente inferior àquele que é fornecido aos homens toxicodependentes pelas suas mulheres, à semelhança, aliás, do que a literatura especializada apontava para o alcoolismo (Blankfield, 1991).

De tudo o que foi dito até agora, parece-nos legítimo inferir, como assevera Leshner (1995), que o tratamento e a prevenção do consumo de drogas na mulher tem que dar resposta aos factores de risco específicos do género.

Copeland e colaboradores (1993) afirmam que, embora haja poucos estudos empíricos acerca das necessidades específicas de tratamento das mulheres álcool ou drogodependentes, há, contudo, algumas questões já identificadas que não parecem ser adequadamente trabalhadas nos serviços tradicionais pois estão predominantemente orientados para as necessidades da clientela masculina.. Nomeadamente, os autores referem que pouca atenção é dada às

diferenças fisiológicas e psicológicas entre homens e mulheres, bem como ao contexto socio-político e cultural em que as mulheres vivem. Dizem eles que este fracasso em identificar e resolver as necessidades específicas pode, em grande parte, explicar o fracasso das estruturas tradicionais de tratamento em conseguir atrair as mulheres.

Bollerud (1990) reforça esta ideia, fazendo notar que a eficácia de modelos de tratamento concebidos para o homem, modelos esses que colocam a tónica em técnicas confrontativas de intervenção, é questionável quando aplicados às mulheres, e parecem ser-lhes menos apropriados. Na realidade, o efeito do confronto é, frequentemente, o aumento dos sentimentos de vergonha, culpa e estigmatização. Esta questão, já de si pertinente para a população feminina, é particularmente relevante no caso das tocodependentes mães, que sentem e vêem, muitas vezes, a sua adequação enquanto mães posta em causa. Técnicas psicoterapêuticas mais voltadas para o desenvolvimento das competências de negociação interpessoal e para o crescimento individual poderiam ser mais apropriadas.

Das investigações que realizaram, Copeland e colaboradores (1993) ressaltam três vectores que as mulheres adictas sentiam como úteis e importantes para a sua recuperação:

- A existência de uma estrutura que se ocupe dos seus filhos, enquanto seguem o programa de tratamento e, mais tarde, para poderem trabalhar;
- eventualmente, a possibilidade de acesso, se for a sua preferência, a uma terapeuta feminina que não empregue um estilo confrontativo e consiga empatizar com as suas necessidades enquanto mulheres;
- a existência de grupos de discussão femininos, em que temas como a preocupação com os filhos, o abuso sexual ou as doenças de transmissão sexual possam ser abordados por quem "fala a mesma linguagem".

O CASAL TOXICODEPENDENTE

O que acontece quando, num casal, ambos são dependentes de drogas ilícitas?

Luís Patrício (1995) ajuda-nos a equacionar a situação, nomeadamente colocando questões que pensamos serem fundamentais, como: se o casal se constituiu antes ou depois dos consumos, em fase de tratamento, se só um deles consumia e o outro começou com este, etc..

Diz Patrício que *“o viver de um casal toxicodependente não é bem um viver de casal, mas sobretudo um percurso de um par com um forte interesse comum: as experiências de consumos. (...) enquanto existe droga existe uma estabilidade, frágil, que desaparece na sua ausência e que é refeita “magicamente” na sua presença. A relação é muito oscilante e, se mantiverem consumos de drogas, será difícil que se imaginem como casal a médio ou longo prazo”*.

Wellisch, Gay e McEntee (1970) estudaram casais em que ambos eram heroinodependentes, e abordaram algumas das dificuldades por eles enfrentadas. Segundo estes autores, uma característica dos casais que estão a tentar abandonar os consumos é a real possibilidade de separação e divórcio. Dizem que, frequentemente, os laços mais fortes do casal eram alicerçados nos consumos de heroína. Frequentemente, o homem heroinómano consegue dominar a sua companheira de consumos, sendo ele quem controla, completamente, o fornecimento e a administração da droga (Kaufman, 1991). Temos ouvido, em consulta, mulheres dizerem “eu nem sei onde há... é ele que compra... é ele que me injecta”. Muitas vezes, sem a “substância mágica”, a relação, por si só, não tem força para enfrentar os muitos problemas, quer pessoais quer interpessoais, que a heroína obscurecia.

Mas, como Newcomb (1994) também salienta, o próprio abuso de drogas afecta a qualidade do relacionamento, sendo que conduz a uma deterioração das relações íntimas, quer para os homens quer para as

mulheres, o que só vem agravar relacionamentos já de si extraordinariamente complicados.

Patrício (1995) faz igualmente referência às situações de "pseudo autonomia" em que, frequentemente, estes casais se encontram e que podem reforçar, ainda mais, a dependência. É o caso, por exemplo, da situação em que o casal vai viver para casa dos pais de um deles (habitualmente do rapaz) e é por eles sustentado. É o caso de serem, muitas vezes, os avós a desempenhar as funções parentais face aos filhos do casal. É o caso, ainda, de, na esperança de que este "amor" que une o casal sirva para os libertar das drogas, os pais irem dando cobertura a situações que, de outra forma, implicariam ruptura.

Uma das áreas muito afectada pelos consumos é o relacionamento sexual que, se no início dos consumos pode, muitas vezes, conhecer uma acentuada melhoria, com o abuso destes, se torna cada vez menos satisfatório e disfuncional. O desinteresse pela sexualidade instala-se e muitos casais, sobretudo quando ambos são dependentes e não têm que "representar" para o outro, passam a viver como irmãos. Na nossa prática clínica temos ouvido pais que, tendo o casal toxicodependente a viver em sua casa, referem saber facilmente quando "eles se drogam", pois que só nessas alturas necessitam de fechar a porta do quarto...

O CASAL EM QUE SÓ ELE SE DROGA

Nos casais em que só um dos seus membros utiliza drogas, o toxicodependente é geralmente o homem pois, como já vimos, são raríssimos os casais em que homens não dependentes permanecem ao lado de um mulher com problemas de alcoolismo ou drogas (Marcelino, 1994; Nadeau, 1986; Patrício, 1995). Do que foi dito nos capítulos precedentes, parece-nos ter ficado clara a nossa posição relativamente à necessidade de tomar em conta os factores socioculturais que modelam as interacções homem/mulher, bem como a nossa recusa em aceitar teorias explicativas do fenómeno da toxicodependência que procuram em estruturas de personalidade — particularmente das mulheres cujo companheiro consome drogas — o bode expiatório para a situação.

É nossa convicção, à semelhança do que é proposto por diversos autores, que a toxicodependência (como o alcoolismo) é, em larga

medida, uma patologia familiar, não de um ponto de vista etiológico, mas do ponto de vista transaccional, de manutenção do *status quo*. De facto, se um casal nesta situação permanece junto, é porque o sistema familiar construiu uma homeostase, da qual ambos os membros retiram benefícios e que permite a manutenção da díade.

Fruto do contacto diário com este tipo de casais, e tendo por referencial uma visão sistémica do casal, o nosso objectivo é tentar conhecer e compreender um pouco melhor as mulheres envolvidas numa relação de intimidade com um homem quimicamente dependente, as dificuldades que atravessam, as estratégias que utilizam para lidar com a situação, a sua "felicidade" conjugal...

São vários os cenários que se podem colocar quando, num casal, a mulher se vê confrontada com o problema de toxicodependência do seu companheiro. Recorrendo ao que os diversos autores têm encontrado em termos das situações em que o homem é alcoólico, e também às ainda escassas investigações na área da dependência de drogas ilícitas, procuraremos, em seguida, caracterizar, em breves traços, cada um desses cenários.

Uma das alternativas que se coloca à mulher cujo companheiro é toxicodependente é abandonar o relacionamento. Esta situação ocorre com alguma frequência, havendo uma sobrerrepresentação de divórcios

na população toxicodependente comparativamente à população normal (Stanton & Todd, 1982).

Contudo, e na linha do que as investigações encontraram no caso das mulheres vítimas de violência, a gravidade das situações faria esperar um muito maior número de separações do que aquelas que efectivamente se verificam. Detenhamo-nos a analisar alguns possíveis factores explicativos.

Segundo Shorkey e Rosen (1993), há evidências de uma crença social, largamente generalizada, que encara o alcoolismo e a toxicodependência como uma fraqueza moral. Dizem os autores que esta crença tem implicações sociais evidentes, que se traduzem nomeadamente, na “liberdade” para quebrar os votos que os esposos fazem de se amarem e cuidarem um do outro: “no melhor e no pior, na saúde e na doença, até que a morte os separe”.

Apesar de tudo, os votos de casamento são, por vezes, algo ainda muito importante para muitos casais e famílias de determinados contextos socioculturais. As crenças culturais e familiares são importantes na determinação de comportamentos e atitudes, muitas vezes — dizem Shorkey e Rosen (1993) —, reflectindo princípios religiosos católicos dominantes e os valores do grupo a que a pessoa pertence. Estas normas vão definir em larga medida que estratégias de resolução de problemas e que objectivos têm maior probabilidade de

serem escolhidos e valorizados. Os autores encontraram, por exemplo, que nas famílias hispano-americanas que estudaram, o valor dado à manutenção da unidade familiar se sobrepõe à importância do bem estar individual dos seus membros. A questão "o que é que os outros vão pensar de mim?" é ainda uma poderosa norma de conduta (Schaefer, 1986). Ora, segundo Asher (1992) observou no alcoolismo, as regras sociais vigentes conduzem a que se encare uma mulher que não dá "mais uma oportunidade" como uma esposa egoísta, rígida e sem compaixão, enquanto a que perdoa é compreensiva e amante. Este estado de coisas pode dificultar muito a decisão de abandonar alguém que é visto como um fraco ou um doente, até porque as mulheres são socializadas para serem tipicamente as principais fornecedoras de cuidados informais aos entes queridos em dificuldades (Siegel, Karus & Leen, 1997).

Um outro factor a ter em conta prende-se com o facto de a socialização incutir na definição da personalidade feminina uma importante vertente relacional, de cuidado e de preocupação com os outros (WestKott, 1986). Como afirmam Taylor, Wilbur e Osnos (1966) e Patrício (1995) muitas mulheres que não se drogam entram numa relação com um homem dependente, ou nela permanecem, por imaginarem que irão "salvar" o companheiro: "*certamente que ele irá deixar a droga por mim*" (Patrício, 1995: 146); "*I Thought I could do what*

another woman could not" (Taylor, Wilbur & Osnos 1966: 588). A destrutividade que o reconhecimento do insucesso do seu investimento constitui para o auto-conceito feminino, favorece que a mulher insista, muitas vezes, em novos e desesperados esforços de salvamento.

Por outro lado, temos encontrado várias vezes, em consulta, situações em que as mulheres nos contam a forte oposição da sua família de origem quando elas iniciaram o relacionamento com o companheiro, e de como tiveram que lutar, contra tudo e contra todos, para ficar ao lado deles. Relatos semelhantes são descritos por Taylor, Wilbur e Osnos (1966). Das dezasseis mulheres, companheiras de toxicodependentes, que estudaram, dez delas tinham sido expressamente avisadas (essencialmente pelos pais) para não casarem com os seus maridos. Uma possível implicação do que foi dito é que, por vezes, as mulheres poderão ter alguma dificuldade em admitir perante as suas famílias que estas tinham razão, o que fatalmente aconteceria se abandonassem o marido e o lar. Esta decisão pode ser tanto mais penosa quanto mais "em crise" e "em ruptura" com a família de origem tiver sido o ir viver com o companheiro.

Um outro aspecto que nos parece importante considerar prende-se ainda com a questão de, frequentemente, estes casais viverem (pelo menos em diversas temporadas) em casa dos pais do marido. Dizem alguns autores (Alexander & Dibb, 1975; Kaufman, 1991;

Stanton & Todd, 1982) que, muitas vezes, o heroinómano é uma espécie de "criança perpétua", que inconscientemente sente que nunca lhe foi dada verdadeira permissão para sair da casa paterna, e que é encorajado a regressar. Uma das diversas formas de lidar com esta situação é o ir viver com a mulher (e os filhos, se os tiver) para casa dos pais, numa espécie de solução de compromisso. Esta situação poderá dificultar à mulher a obtenção de apoio emocional para abandonar a relação. Com frequência ouvimos sogras a queixarem-se amargamente de que as noras não fazem o suficiente para ajudar os seus filhos, que deviam ser mais compreensivas, mais empenhadas...

Se a mulher não abandona o seu companheiro, há essencialmente três situações que podem ocorrer e que tentaremos analisar:

- O companheiro mantém os consumos;
- o companheiro abandona as drogas, com recurso ou não a um programa psicoterapêutico;
- a mulher começa também a consumir.

Vejamos as componentes e as implicações dos dois primeiros casos. O modelo interaccional, proposto por Steinglass (1985), encara o comportamento de ingestão de álcool na perspectiva da forma e da

extensão em que este afecta as relações entre os membros da família. O consumo de substâncias ataca e subverte a construção da família, tornando a droga o princípio organizador central, em vez de o serem as necessidades e os recursos dos indivíduos e do ciclo de vida familiar (Freeman, 1993).

A presença ou ausência do álcool ou drogas torna-se, então, o principal determinante dos comportamentos de interacção entre os membros da família. Julius e Papp (1985) acrescentam que, quando o álcool (e, dizemos nós, as drogas) se torna o princípio organizador do sistema familiar, ao invés do que se poderia pensar — que as interacções familiares seriam caóticas, sem regras, desorganizadas — se encontra um programa interno, sistemático e metódico, a que as autoras chamam o “caos organizado”. Os membros do sistema estão como que aprisionados em papéis fixos, que desencadeiam comportamentos, acções e diálogos automatizados. Como diz Marcelino (1994), *“de certa forma é também numa prisão de dependência que vivem muitas mulheres cujos maridos se tornaram politoxicodependentes ou predominantemente heroínodependentes (...)”* (p. 45).

A homeostase de um casal em que o homem mantém consumos é, então, muitas vezes conseguida à custa de padrões disfuncionais de *coping* em que o casal se cristaliza e que permitem a manutenção da situação. No caso do adicto, os benefícios secundários são, claramente,

a possibilidade de manutenção de dependência. No que diz respeito à esposa, a adaptação em termos de benefícios poderá passar, segundo alguns autores, e à semelhança do encontrado em situações de violência, pela construção de uma imagem positiva de si própria: enquanto esposa dedicada que tudo fará para tirar o marido das "garras da droga" ou enquanto ser moralmente superior que tudo aguenta e tudo sofre por amor (Ellis *et al.*, 1988; Nigar, 1986; Kaufman, 1991). O principal problema é que, de facto, muitas das estratégias adaptativas das esposas à situação problemática, acabam por proteger, em larga medida, o toxicodependente das consequências negativas do seu comportamento, facilitando a sua manutenção.

Assim sendo, e seja qual for o tipo de relacionamento homeostático que se estabeleceu entre o casal, trabalhar não só com o adicto mas também com a sua mulher, modificando os padrões de interacção, é, muitas vezes, imprescindível para que o tratamento da dependência seja bem sucedido.

Várias são as dificuldades que se colocam quando se procura alterar a homeostase de um sistema. Antes de as abordarmos e às formas de as ultrapassar, gostaríamos de chamar a atenção para um ponto que nos parece fundamental.

Já atrás referimos que, muitas vezes, o padrão de acção e de relacionamento que a mulher desenvolve com o seu companheiro tem como consequência permitir que o toxicodependente ou o alcoólico mantenham o seu comportamento abusivo. Em resultado, advertem Ellis e colaboradores (1988), é frequente cair na tentação de concluir, erroneamente, que a mulher é responsável pelo comportamento do seu parceiro. Modificar o comportamento da esposa, numa perspectiva sistémica, conduz a mudanças no comportamento do seu marido dependente. Contudo, nada nos autoriza a pensar, afirmam Ellis e colaboradores (1988), que modificar o comportamento da mulher implique necessária, automática e até facilmente, a resolução do problema do toxicodependente ou do alcoólico.

Se não se nos colocam dúvidas, quanto à adequação de trabalhar com o casal para que a situação se modifique de forma duradoura e satisfatória para ambos, não devemos nunca perder de vista que a esposa não é a responsável pelo comportamento adictivo do seu marido, e que é um ser humano com dificuldades, que deve ser ajudado no sentido do seu próprio bem estar, e não como simples instrumento para tratar o toxicodependente. É importante ajudar a mulher a alterar a homeostase estabelecida, mas por ter percebido que os papéis que tem desempenhado, e a forma como tem lidado com a situação são pouco gratificantes e adaptativos.

Feita esta ressalva, voltemos à questão do tratamento do toxicodependente numa perspectiva sistémica. Trabalhar só com o sujeito toxicodependente pode aumentar o seu desejo de mudança e a sua capacidade para o fazer, mas pode também, involuntariamente, aumentar as tensões e resistências no seu cônjuge, adaptado à situação precedente, homeostática, apesar de frequentemente dolorosa (Steinglass, 1985). É que, diz Steinglass (1985), referindo-se a trabalhos de Ewing e Fox (1968) com alcoólicos, apesar de a abstinência ser o objectivo perseguido pelo casal, há por vezes dificuldades de ajuste mútuo a um novo padrão de relacionamento marital, com novas exigências e novas complementariedades. É, portanto, fundamental trabalhar com os dois cônjuges no sentido de fomentar, apoiar e coordenar mudanças em ambas as metades da díada homeostática e sobretudo com o casal como subsistema familiar.

Apesar de penosas, as situações conhecidas são mais controláveis. Não admira, portanto, que se verifique frequentemente, como diz Schaef (1986), que a vida com o adicto possa ser pior para a família quando este abandona o químico. Reforçando esta ideia, Norwood (1986) acentua que muitas mulheres acabam por se adaptar aos acontecimentos de vida negativos e sentem-se mais "confortáveis" a lidar com eles: *"All those years that Robbie had been drinking and messing up I knew two things: one, he needed me; and two, no one else*

would put up with him (...). I could run the house the way I wanted to, and when he really blew it I'd scold and cry and he'd straighten out for a week or two (...) if I'm going to be honest, I have to admit I liked the whole situation better when he was drinking. Before sobriety I used to call his boss with phony excuses when Robbie was too hung over to go to work. I lied to his family and friends about the trouble he got into at work or driving drunk (...). Although I'd lived for years with an irresponsible, unreliable, and very dishonest man, it was when Robbie has been sober for nine months and was improving in every area that we found we were fighting more than we ever had". (testemunho de uma mulher, p. 148).

O relato da experiência desta mulher remete-nos para dois aspectos que nos parece importante referir: Em primeiro lugar, alertamos para o facto de, para que a abstinência seja possível, ser necessário entender e anular a função sistémica que o álcool ou as drogas estejam eventualmente a desempenhar na vida interaccional do casal.

Muitas vezes nos questionamos como convivem estas mulheres com uma rival tão poderosa: a heroína. Esta rival absorve todo o dia a dia do seu companheiro, ganhando progressivamente maior relevância na sua vida, e alterando profundamente diversos componentes da relação, nomeadamente a capacidade de intimidade, as actividades em comum, a sexualidade. Numa perspectiva sistémica, alguns autores (Crowe & Ridley, 1990; Kaufman, 1985) têm-se referido às funções dos

triângulos numa relação, sejam eles com amantes, com o trabalho, com os filhos ou com os pais. Pensamos que a droga pode constituir, nalguns dos nossos casais, o "terceiro" com uma função a cumprir, e com cuja existência se aprende a conviver.

Basicamente, o triângulo com a droga poderia funcionar como um "regulador de distância", mantendo a intimidade emocional ou física do casal a um nível "seguro"; poderia servir para trazer alguma excitação a uma relação "cristalizada", como acontece por vezes com os *affaires*; poderia permitir a cada um dos membros do casal, assumir papéis e funções que talvez não conseguissem desempenhar, sem conflitos graves, se não fosse a existência da droga.

Em segundo lugar, ao abordar a questão de como o marido se "endireitava" por algum tempo após momentos particularmente difíceis, o testemunho desta mulher remete-nos para o de muitas outras, ouvidas em consulta, que descrevem idênticas situações. Na nossa experiência clínica com mulheres de adictos às drogas ilícitas, fomo-nos apercebendo do que nos parece ser quase um padrão comum de tomada de consciência e reacção à problemática da dependência no casal. Carden (1994), baseando-se nos trabalhos de Walker (1979), descreve o ciclo de violência conjugal, cujo modelo em fases propomos que se considere como um adequado *rationale*, em termos do seu valor heurístico, para a compreensão do que se passa a nível das dimensões

processuais, nos casais com problemas de dependência, enquanto o problema persiste.

Assim, no caso da violência conjugal, na primeira fase ou de "tensão crescente", apesar de agressões menores, a mulher sente que ainda não perdeu o controle da situação. Mecanismos como a negação, a raiva, a racionalização, são frequentemente utilizados, podendo esta fase durar meses ou até anos. Algo de semelhante se passa com as mulheres dos nossos casais: há pequenos mas evidentes sinais de existência de consumos, dinheiro que falta, uma jóia que desaparece, emagrecimento, mentiras esfarrapadas, cujo significado é sistematicamente negado, racionalizado.

Mas, há um determinado momento em que já não é possível ignorar o problema: vê o seu parceiro a consumir, apanha-o em flagrante, a crise estala. De novo, é possível estabelecer o paralelo com a segunda fase do ciclo da violência, "o ataque", e não parece haver como lhe escapar.

Depois do incidente agudo de violência, diz Walker, muitos destes maridos mostram-se extraordinariamente arrependidos, amáveis e amantes, prometendo não voltar a repetir. É a fase da "lua de mel", que, no nosso caso concreto, se traduz pelas juras mais sagradas de abandono do "vício", de uma vida "direita", de uma relação exemplar.

Tal como no estudo de Walker, também muitas destas mulheres vêem o seu companheiro como alguém vítima de uma fraqueza, mas genuinamente arrependido, dependendo delas para apoio e guia. É o “laço simbiótico” que Walker encontra entre o abusador e vítima. É este o caso da mulher cujo testemunho apresentámos, que mentia pelo marido e o encobria de tudo e todos, e cuja relação alternava entre longas fases em que os consumos prevaleciam e pequenos períodos de sobriedade após fortes crises. Só que, quase imperceptivelmente, o casal resvala para uma nova fase de “tensão crescente”, até que, de novo, a crise estala: é mais um episódio de violência, é mais uma recaída.

Com o tempo, diz Walker, os incidentes de violência tendem a aumentar em frequência e gravidade, e a fase de lua de mel a tornar-se mais curta e eventualmente a desaparecer. É o que acontece quando as recaídas se sucedem, cada vez mais próximas, cada vez mais violentas na rapidez com que se reinstala a dependência, na probabilidade com que se passa aos consumos injectáveis, na facilidade com que se mente e manipula (Esteves, 1992).

Mas, analisemos agora o caso em que um projecto de abstinência começa a ganhar forma. Como atrás referimos, ao mesmo tempo que se trabalha a motivação do toxicodependente, é fundamental ajudar a sua esposa — e o casal no seu conjunto — a enfrentar as dificuldades que a

nova situação coloca. É que, muitas vezes, a dependência química fornece uma sensação de segurança, porque é familiar e previsível.

Num primeiro momento, por exemplo, e se trabalharmos com a esposa no sentido de ela abandonar o seu padrão de comportamento — que podia incluir o socorrer, negar, tolerar ou ocultar a dependência do marido — teremos, igualmente, que a preparar para as possíveis implicações (habitualmente temporárias) dessa modificação. É que o toxicodependente deixa de estar protegido das naturais consequências negativas do seu comportamento, e há uma maior probabilidade de que procure fazer o *coping* bebendo mais ou aumentando o consumo de drogas. Esta atitude implica um incremento das consequências negativas que, por sua vez, pode conduzir a uma espiral de crises de intoxicação, levar a que o toxicodependente “toque o fundo do poço”. Como é compreensível, este estado de coisas é, muitas vezes, profundamente mal tolerado pelas companheiras, cujos sentimentos de culpabilidade são frequentemente manipulados pelos maridos. Se bem que o facto de já não poder continuar a negar e a evitar as consequências do seu comportamento de intoxicação seja, muitas vezes, um importante factor motivador no processo de recuperação do toxicodependente, os receios e as emoções negativas que a companheira experiencia por o ver sofrer, como consequência da mudança dos seus padrões interaccionais com ele, podem conduzir ao

retorno aos velhos esquemas de funcionamento, como forma de aliviar o sofrimento da própria, o que perpetua a situação.

Assim, resolver o problema da dependência, nesta perspectiva sistémica, passa por ajudar a companheira. Ajudá-la a perceber que os esforços que tem feito no sentido de “salvar” o ente querido não têm dado resultado e que mais vale modificá-los; ajudá-la a aceitar que isso poderá ter como consequência iniciar um processo que a curto prazo poderá fazer com que o toxicodependente piore a sua situação; ajudá-la a aceitar que não há garantia de que este passo conduza à recuperação, mas também, que, provavelmente, é melhor tentar, já que tudo o resto que tem feito tem grande probabilidade de manter o *status quo*; ajudá-la, ainda, a dar passos por si própria, para que se sinta melhor; e, por fim, ajudá-la a quebrar a noção, muitas vezes profundamente enraizada e socialmente reforçada, de que quanto mais esforços fizer para “salvar” o companheiro, para que ele não sofra as consequências dos consumos, quanto mais aguentar a situação, mais mostra que o ama e mais prova a sua nobreza de carácter e o seu valor enquanto mulher. De facto, como já vimos, muitas vezes a única forma como a mulher consegue lidar com a situação de dependência do seu marido é tentando converter as dificuldades numa imagem positiva de si própria.

Se a mulher não abandona o relacionamento com o seu companheiro consumidor, uma outra forma de tentar adaptar-se à situação é, como já referimos, o iniciar ela própria consumos. Temos encontrado casos destes na nossa prática clínica e, quer Luís Patrício (1995) quer Carmo Marcelino (1994), se lhes referem em termos da sua experiência. Diz Patrício que *“por vezes por ciúme ou por raiva e às vezes inveja, o membro do casal que não consumia inicia-se também nos consumos, como se desta forma “auto-agressiva” conseguisse que o outro mudasse de atitude, deixasse a droga”* (p. 147) e, acrescenta Marcelino (1994), que algumas mulheres que tudo tentaram para salvar os companheiros se *“iniciam também nos consumos de drogas, com os maridos, acreditando poder competir com uma rival, que ironicamente dá pelo nome de heroína”* (p. 45). Da mesma forma, Ashery e colaboradores (1997) num projecto pioneiro de avaliação de uma larga amostra (1953 mulheres) de parceiras sexuais de homens toxicodependentes que se injectam, referem a elevada prevalência de consumos de drogas ilícitas nesta população.

Empiricamente, o grupo de mulheres que inicia os consumos com o seu companheiro toxicodependente — sem ter feito, assim, o trajecto habitual na “carreira da toxicodependência” (Edwards, 1984; Raistrick, 1991) — parece-nos constituir um grupo especial dentro da população de mulheres dependentes, requerendo, portanto estratégias terapêuticas

individualizadas, que importaria definir. Se bem que algumas destas mulheres nos refiram terem sido movidas pela curiosidade, outras parecem encontrar nos consumos a única maneira de comunicar com o seu parceiro e manter assim uma relação "no mesmo mundo". Outras, ainda, parecem querer compensar "com as mesmas armas" o distanciamento afectivo e sexual do seu parceiro.

As dificuldades ligadas à esfera íntima, o sentimento de fracasso por uma vida mal sucedida, têm, aliás, sido identificados como dos principais precipitantes de consumos em mulheres alcoólicas (Nadeau, 1986). Elevados níveis de depressão, ansiedade e desesperança, que as investigações têm encontrado nas mulheres de alcoólicos e nas mulheres vítimas de violência (Cocores, 1987; Goodwin *et al.*, 1977; Lanius & Jansen, 1987), têm igualmente sido relacionados com uma maior incidência de consumos nestas mulheres (Blankfield, 1991; Moss, Finney & Gamble, 1982). Temos encontrado algo de semelhante na nossa consulta.

Algumas mulheres têm-nos igualmente referido que os seus consumos foram uma tentativa de tratar o companheiro, pois, uma vez que nesse mundo, pensavam poder, com o exemplo do seu sucesso terapêutico, levar o companheiro a recuperar-se. O desejo de retaliação, bem como o fácil acesso às drogas, são outras razões mencionadas. A vida com um adicto pode ser difícil e, como referia uma

das mulheres do estudo de Taylor, Wilbur e Osnos (1966), às vezes “... *the only way to live with an addict is to be one*” (p. 590).

Em resumo, é nossa opinião que o enquadramento sistémico da problemática dos casais em que um dos seus membros é quimicamente dependente, nos permite uma melhor compreensão do seu funcionamento, dificuldades e provisórias homeostases. No caso concreto das mulheres dos toxicodependentes, ajuda-nos a entender atitudes, comportamentos e formas de sentir, aos quais de outro modo seria difícil atribuir um significado. É à luz do casal, dos seus equilíbrios e desequilíbrios, que o risco destas mulheres ganha expressão. É à luz da ameaça à homeostase conjugal que a ambivalência face ao tratamento do parceiro tem sentido. É, em suma, perante a compreensão e o anular da função que a droga estará a desempenhar, criando alternativas funcionais que a dispensem, que poderemos trabalhar os problemas e as angústias com que cada um dos indivíduos, e a díada como um todo, terão que se enfrentar.

Pensamos ter focado, embora necessariamente ao de leve, algumas das principais questões com que se podem enfrentar, no seu dia a dia, as companheiras dos toxicodependentes e às quais, enquanto psicoterapeutas, procuraremos estar atentos e ajudar a responder. Este foi o objectivo último que nos levou a iniciar o nosso trabalho de investigação.

OBJECTIVOS DO ESTUDO E HIPÓTESES

O presente estudo, cuja força motriz foram as dificuldades sentidas no trabalho clínico diário com homens toxicodependentes e as suas companheiras, procura contribuir para o melhor conhecimento deste grupo de mulheres. Nomeadamente, e com vista à eventual elaboração de estratégias preventivas específicas, foram nossos objectivos:

- Avaliar se, e em que medida, as companheiras dos heroínodependentes constituirão um grupo de risco, quer em termos da infecção por hepatites víricas e HIV quer em termos de abuso de substâncias;
- Determinar se existe algum padrão de estratégias de *coping* que permita discriminar a população estudada e procurar, em caso afirmativo, leituras explicativas/compreensivas da sua génese;

- Contribuir para esclarecer se, à semelhança do que as investigações têm encontrado para as mulheres dos alcoólicos e as vítimas de violência conjugal, também aqui a hipótese nula se confirma e, neste sentido, apoiar a impossibilidade de identificar *a priori* um perfil de “mulher de toxicodependente” (Asher & Brisset, 1988; Carden, 1994; Cowan & Warren, 1994; Rhodes, 1992; Sprenkle, 1992).

Na prossecução deste objectivos, fomos testar as seguintes hipóteses:

1. As companheiras de heroinodependentes que frequentam instituições de tratamento estarão mais bem informadas acerca da infecção pelo HIV e hepatites víricas do que as mulheres da população controlo; esta hipótese é colocada em virtude de estas mulheres serem alvo de estratégias de prevenção de cariz informativo, aquando dos seus contactos com as estruturas de apoio à toxicodependência.
2. As mulheres dos heroinodependentes em tratamento não recorrerão com maior frequência do que a população de controlo às medidas preventivas de DTS: dizemos isto uma vez que as diferentes investigações na área da prevenção de riscos para a saúde têm demonstrado que o simples

fornecimento de informação, ainda que correctamente apreendida pelos destinatários — o que nem sempre acontece — não se traduz habitualmente nas adequadas mudanças comportamentais (Davies *et al.*, 1996; McKirnan, Ostrow & Hope, 1996; Weinstein, 1989).

3. As mesmas recorrerão a um padrão comum de estratégias de *coping* com as dificuldades, o que não acontecerá com as mulheres da população de controlo; uma forma semelhante de lidar com os acontecimentos *stressantes* de uma relação disfuncional (ou, no mínimo problemática) tem sido o único factor comum consistentemente encontrado nas mulheres vítimas de violência conjugal e nas dos alcoólicos (Carden, 1994; Glass, 1995; Nadeau, 1996), pelo que pensamos ser provável algo de semelhante entre as companheiras dos toxicodependentes.
4. Tais mulheres apresentarão níveis mais elevados de disfuncionalidade conjugal e sentirão a sua relação marital como menos satisfatória do que as mulheres da população de controlo, similarmente ao que tem sido descrito nos casos de alcoolismo e abuso conjugal (Brown *et al.*, 1995; Glass, 1995; Goodwin *et al.*, 1997; Hite, 1993).

5. Não se diferenciação da população de controlo no que diz respeito às atitudes face ao papel social da mulher. Na realidade, a forma como as mulheres de ambos os grupos terão interiorizado as noções, social e culturalmente veiculadas, do que é o papel do homem e da mulher e que vai, em grande medida, influenciar os seus comportamentos, valores e atitudes, deverá ser equivalente. De facto, espera-se que as diferenças a encontrar (e.g., relativamente a estratégias específicas de *coping*) se atribuam a factores de ordem situacional relacionados com a natureza problemática e *stressante* da relação de casal em que se encontram envolvidas, bem como da história evolutiva de tal relação, pelo que se descartam hipóteses de diferenças relativamente a atitudes mais liberais ou conservadoras relativamente ao papel social da mulher, ou, em geral, de diferenças decorrentes de qualquer perfil psicológico prévio a tal relação.

METODOLOGIA DE ESTUDO

A colheita da amostra decorreu durante o último trimestre de 1995 e o primeiro trimestre de 1996.

Para o grupo de "companheiras de toxicodependentes" foram convocadas todas as mulheres casadas ou vivendo maritalmente com os dependentes de opiáceos que, neste período, recorreram à consulta externa do CAT-Cedofeita (Porto), do CAT-Aveiro e à consulta de toxicodependência do Hospital de S. João (Porto).

Tratou-se de uma amostra difícil de obter, já que muitos dos toxicodependentes que procuram os serviços não estão envolvidos em relações afectivas estáveis. Stanton e Todd (1982) realçaram já esta dificuldade, ao estimar a média dos casamentos (ou relações de tipo marital) de homens toxicodependentes como metade da esperada na

população normal. A agravar esta questão, há uma sobre representação de divórcios e separações na população toxicodependente (Stanton & Todd, 1982).

Para o grupo de controlo, recorreremos às utentes das consultas dos Centros de Saúde da Batalha e do Carvalhido (Porto) e do Centro de Saúde de Chaves.

Por razões que se prendem com a influência destas variáveis nos instrumentos de medida utilizados, teve-se o cuidado de emparelhar os dois grupos no que diz respeito à idade, nível de escolaridade, nível sócio-económico e estatuto conjugal (relação de casal com duração superior a seis meses). Procurou-se assim neutralizar a expressão de variáveis que poderiam afectar a relação da principal variável independente em estudo (mulheres com companheiros toxicodependentes vs mulheres com companheiro não toxicodependente) com as variáveis dependentes, a saber:

- Informação/valores/atitude relacionados com doenças de transmissão sexual (particularmente SIDA e Hepatites víricas) e o consumo de drogas;
- *Coping*;
- satisfação conjugal;
- Atitudes face ao papel da mulher na sociedade;

Obtivemos protocolos de investigação válidos para cento e três mulheres "companheiras de toxicodependentes" (foram eliminados três por preenchimento incompleto). O critério de "companheira de toxicodependente" foi o da existência de uma relação afectiva estável, implicando a coabitação, há pelo menos 6 meses, com um indivíduo heroinodependente do sexo masculino. Algumas destas mulheres são elas próprias também toxicodependentes.

Para o grupo de controlo contamos com os protocolos válidos de 100 mulheres, casadas ou vivendo maritalmente há mais de seis meses, com um homem não toxicodependente nem alcoólico (foram eliminados seis protocolos: três mulheres cujo marido *bebe em excesso*, uma em que o marido *consome haxixe* e duas por incompleto preenchimento).

Os instrumentos de avaliação, todos de auto-preenchimento, foram administrados em pequenos grupos, no sentido de diminuir o efeito de desejabilidade social (Fontaine, 1995).

No presente estudo foram utilizadas medidas de auto-relato, o que implica, como sempre acontece nestes casos, a consideração de limitações na leitura e análise dos resultados a obter, uma vez que, em lugar da

observação directa das variáveis em questão, se procede à observação da percepção que os sujeitos da amostra manifestam sobre cada constructo avaliado.

O objecto principal desta investigação prendeu-se com a observação de eventuais diferenças entre dois grupos de mulheres comparáveis — segundo o conjunto de critérios que acabámos de referir que, portanto, funcionaram como condição de amostragem do grupo de controlo — e distintas, em função de uma variável contrastiva essencial para o objecto do presente estudo: o consumo de opiáceos pelo companheiro dos casais do primeiro grupo (de estudo) e a não existência de consumos de qualquer substância psicoactiva, incluindo o álcool, nos companheiros das mulheres do grupo de controlo. Deste modo, não se priorizou o estudo dos instrumentos, de resto amplamente utilizados na investigação, em contextos culturais diversos, incluindo os que se realizaram no nosso país (Sampaio & Dantas, 1990; Sampaio *et al.* 1993; Roma Torres *et al.*, 1987; Veríssimo, 1997).

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Foram utilizados os seguintes instrumentos (que apresentamos em anexo):

1. Mini inquérito aos terapeutas, tendo como objectivos avaliar, em relação aos companheiros das mulheres do grupo de estudo:

- Principal droga consumida;
- Tempo de consumo;
- Principal via de consumo;
- Existência de infecção por hepatites víricas e/ou HIV. (Anexo 1)

Este questionário teve como objectivos permitir a comparação dos dados objectivos fornecidos pelo terapeuta do companheiro heroín dependente (já que o critério de inclusão das mulheres da amostra de estudo foi a principal droga consumida pelo companheiro ser a heroína) de cada uma das mulheres do grupo de estudo, com a percepção que elas têm destes diversos factores.

2. Questionário por nós elaborado, incluindo essencialmente questões fechadas e questões menu, destinadas a avaliar:

- Dados sociodemográficos;
- Nível sócio económico (classificado *a posteriori* segundo a escala apresentada no anexo 2);
- Opções religiosas;
- Existência de problemas de consumo de álcool ou drogas na própria, no companheiro e na família de origem;
- Informação, valores e atitudes relacionadas com as DTS e as drogas;
- Percepção do risco de consumo próprio e de infecção por HIV e Hepatites víricas.

A construção de algumas questões foi inspirada na ficha de avaliação de dados sociodemográficos do Serviço de Prevenção e Tratamento das Toxicodependências e num inquérito utilizado junto de uma população da Comunidade Autónoma Basca (Espanha) destinado a avaliar a dimensão social da SIDA (Paez, San Juan, Romo & Vergara, 1991) gentilmente cedida por um dos seus autores, Prof. Doutor César San Juan.

A versão a ser utilizada com as mulheres do grupo de controlo diferia ligeiramente da versão destinada às companheiras dos toxicodependentes, já que não incluía questões referentes à



caracterização do padrão de consumo de drogas ilícitas por parte do companheiro e incluía uma avaliação mais detalhada dos consumos de álcool (relembramos que, no grupo de controlo, ser companheira de um consumidor de drogas ilícitas ou de um bebedor excessivo foram critérios de exclusão da amostra. As duas versões deferiam ainda nos termos em que o pedido de colaboração era efectuado (Anexos 3 e 4).

3. "WAYS OF COPING QUESTIONNAIRE" (WCQ)

De entre os diversos instrumentos existentes para avaliar os estilos de reagir a acontecimentos de vida stressantes, a nossa escolha recaiu no *Ways Of Coping Questionnaire* (Folkman & Lazarus, 1985), na sua versão portuguesa de Ramiro Veríssimo (1995), cedida pelo autor. A opção por esta escala face a outras congéneres tem por base permitir avaliar uma vasta gama de estratégias cognitivas e comportamentais, a que os indivíduos recorrem quando confrontados com os desequilíbrios internos ou externos, desencadeados pela situação de *stress*; particularmente útil para o nosso trabalho de investigação era que a situação de stress em relação à qual as estratégias de coping iriam ser avaliadas não fosse imposta, standartizada, mas antes deixada à escolha do sujeito, com base num critério de relevância pessoal (esperávamos, assim, como se veio a verificar e discutiremos mais tarde, que as companheiras dos dependentes de opiáceos evocassem maioritariamente a situação problemática que estavam a atravessar com o seu parceiro, o que nos ajudaria a compreender melhor a forma como típica e habitualmente lidam com esta questão). Por outro lado, este questionário revela-se de mais fácil realização por contraste com a complexidade excessiva da generalidade dos inventários de *coping* (Touliatos, Perlmutter & Strauss, 1989). O *Ways of Coping Questionnaire*

é no presente a mais utilizada técnica no seu género, quer seja usada na forma de entrevista, quer seja autoadministrada (Lazarus, 1993).

De acordo com Folkman e Lazarus (1985) o *coping* é caracterizado pela mudança, pelo que será melhor conceptualizado não como uma propriedade estável da personalidade mas antes como um processo, que depende quer das características da pessoa em cada momento do seu ciclo vital quer do contexto situacional. O WCQ foi pensado no sentido de permitir uma abordagem orientada para os processos de *coping* (Lazarus, 1993).

A teoria do *coping* como processo enfatiza que ele cumpre essencialmente duas funções (Folkman e Lazarus, 1980);

- A regulação das emoções angustiantes desencadeadas pela situação de *stress* — *emotion focused-coping*:
- A modificação do problema que está a causar a ansiedade — *problem-focused coping*.

Apesar de os estudos mostrarem que habitualmente os esforços de *coping* de um indivíduo incluem ambas as funções (Folkman e Lazarus, 1988), de uma forma geral tem-se encontrado que quando os acontecimentos *stressantes* são avaliados pelas pessoas como controláveis pela acção, predomina o *coping problem-focused*. Se, pelo contrário, a situação é vista como refractária à mudança, prevalece o

coping emotion-focused (Folkman e Lazarus, 1985; Folkman *et al.*, 1986; Hatfield & Rapson, 1993).

Os estudos de análise factorial da escala revelam um agrupamento dos itens em oito subescalas (com um alpha de Cronbach entre 0.66 e 0.79) (Folkman *et al.*, 1986; Folkman & Lazarus, 1980):

Escala 1 - Confronto (*Confrontative Coping*)

Descreve os esforços “agressivos” que o sujeito efectua para alterar a situação e implica um certo grau de hostilidade e de risco (exemplos: *Tentei apanhar a pessoa responsável para a fazer mudar de comportamento ou de opinião; Aguentei firme e lutei pelo meu ponto de vista*);

Escala 2 - Distanciamento (*Distancing*)

Tem a ver com os esforços do indivíduo para se “desligar” da situação ou para conseguir tirar dela algo de positivo (exemplos: *Continuei como se nada tivesse acontecido; Não me dei “às dores” e tentei não pensar muito na questão*)

Escala 3 - Auto-Controlo (*Self-control*)

Descreve os esforços feitos pelo sujeito no sentido de controlar os seus próprios sentimentos e emoções (exemplos: *Tentei guardar os meus sentimentos apenas para mim próprio(a); Evitei que os outros*

notassem que as coisas não estavam bem) bem como as acções (exemplos: *Tentei não queimar as hipóteses todas, deixando algumas portas abertas; Apesar da vontade que me deu, tentei não agir precipitadamente*).

Escala 4 - Procura de Apoio Social (*Seeking Social Support*)

Tem a ver com as tentativas efectuadas pelo sujeito para obter apoio informativo (ex: *Falei com outras pessoas para saber mais sobre a situação*), afectivo (ex: *Conversei com alguém que podia fazer alguma coisa em relação à situação*) e emocional (ex: *Aceitei a simpatia e a compreensão de alguém*).

Escala 5 - Aceitação da Responsabilidade (*Accepting Responsibility*)

Reflecte o reconhecimento que o sujeito faz do seu próprio papel no problema (exemplos; *Critiquei-me ou censurei-me a mim próprio; Cheguei à conclusão que de algum modo era eu o(a) responsável pela situação*) e envolve uma tentativa para “compor as coisas” (exemplos: *Pedi desculpa ou tentei remediar a situação; Jurei a mim mesmo(a) que na próxima vez as coisas iam ser diferentes*).

Escala 6 - Escape/Evitamento (*Escape/Avoidance*)

Descreve *wishful thinking* (ex: *Só me apetecia ver tudo acabado, ou que as coisas passassem rapidamente*) e esforços comportamentais para escapar ou evitar situações de stress (exemplos: *Procurei sentir-me*

melhor comendo, bebendo, fumando, ou tomando remédios ou outros medicamentos; Duma maneira geral, nessa altura não me apetecia conviver; Dormia mais do que o habitual), (os itens desta escala, que sugerem escape e evitamento, contrastam com os da escala 2, que avalia detachment).

Escala 7 - Planificação da Resolução do Problema (*Planful Problem-Solucing*)

Descreve esforços deliberadamente orientados para a resolução do problema (ex: *Como sabia o que tinha a fazer, esforcei-me mais para que as coisas corressem bem*) envolvendo uma abordagem analítica da questão (exemplos: *Ocorreram-me várias soluções para o problema; Fiz um plano e cumpri-o*).

Escala 8 - Reavaliação Positiva (*Positive Reappraisal*)

Tem a ver com os esforços efectuados para retirar um significado positivo, em termos de crescimento pessoal (ex: *Acabei por ficar melhor do que estava antes*). Inclui igualmente uma vertente religiosa (ex: *Descobri uma nova fé, uma coisa nova em que passei a acreditar*).

Dizem Folkman e Lazarus (1988) que duas escalas (*Confrontative-Coping* e *Planfuk Problem-Solucing*) avaliam funções do coping primordialmente centradas no problema; *Distancing*, *Self-control*, *Accepting Responsibility* e *Positive Reappraisal* relacionam-se mais com

funções essencialmente focadas nas emoções. A escala *Seeking Social Support*, que inclui apoio informativo e emocional, avaliará estratégias que cumprem as duas funções.

A classificação de um escala como focada no problema ou focada nas emoções, refere-se, segundo Folkman e Lazarus (1988) às funções que mais amplamente se tem encontrado desempenhar, mas os autores chamam a atenção para o facto de, por vezes, estratégias de *coping problem-focused* poderem ser utilizadas para lidar com as emoções e vice-versa.

Ressalvando ser um erro definir *a priori* boas ou más estratégias de *coping*, Lazarus (1993) reconhece que nas diferentes investigações se tem encontrado que há estratégias mais consistentemente adaptativas ou desadaptativas do que outras.

A versão portuguesa utilizada consta de 50 itens com uma escala de resposta tipo Lickert, com quatro alternativas, que variam entre "não se aplica ou não uso"(1) e "quase sempre"(4), como na versão original.

As instruções que antecedem a escala, e que solicitam ao sujeito que reavive uma situação *stressante* ocorrida recentemente, face à qual irão avaliar a frequência das estratégias que utilizaram, foram por nós adaptadas. Esta adaptação diz respeito à forma e não ao conteúdo, e foi efectuada com vista a uma melhor compreensão, com base nos

resultados da reflexão falada de 6 sujeitos (que não integraram, a amostra). (Anexo 5)

4. MARITAL ADAPTABILITY AND COHESION EVALUATION SCALE-III (MACES-III)

O *Family Adadaptability and Cohesion Evaluation Scale-III* (Olson, Portner & Lavee, 1985) é a terceira versão de uma série de escalas desenvolvidas por David Olson e colaboradores, destinadas a avaliar duas das principais dimensões do “Modelo Circumplexo” — a coesão e a adaptabilidade familiares —, que engloba ainda uma terceira dimensão facilitadora, a comunicação (Olson, 1986). Na sua definição mais recente, **coesão** diz respeito ao sentimento de proximidade e aos laços emocionais experienciados pelos membros da família em relação uns dos outros, e **adaptabilidade** à extensão da flexibilidade em alterar os papéis que cada um desempenha, como resposta às exigências do contexto social em que vivem (James & Hunsley, 1995; Olson, 1991; 1994).

O FACES-III, na versão de casal utilizada (*Marital Adaptability and Cohesion Evaluation Scale-III*), permite obter dados referentes aos casal “real” e ao casal “ideal”, dimensões cujo conhecimento é particularmente relevante para o trabalho em curso. O objectivo é avaliar como as mulheres da nossa amostra percebem a sua relação conjugal e a satisfação com essa relação.

A discrepância “casal real/casal ideal”, fornece uma medida inversa da satisfação conjugal, sendo possível discriminar a direcção em que cada indivíduo gostaria de ver o sistema conjugal mudar, bem como a dimensão dessa mudança. Quanto maior a discrepância entre as versões real e ideal, maior a insatisfação marital, no presente momento (Olson, 1986).

A escolha do MACES-III, para além das suas propriedades psicométricas e importância das dimensões avaliadas, deveu-se igualmente à facilidade do seu preenchimento, já que se trata de um instrumento muito menos extenso do que a maioria dos inventários de casal (e.g, PREPARE, ENRICH — Olson, Fournier & Druckman, 1989) (Olson *et al.*, 1990). Acresce que a partir dos resultados obtidos em termos do casal “percebido” é possível derivar uma tipologia da relação marital actual, que leva em conta a flexibilidade de papéis e a força dos laços emocionais.

Trata-se de um questionário de auto-preenchimento, que pode ser administrado a indivíduos ou casais (Edman, Cole & Howard, 1990).

As duas formas utilizadas constam de 20 itens cada, com escalas de resposta tipo Lickert, cada uma das quais examinando o casal percebido e o casal ideal, respectivamente.

Cada item questiona a frequência de um comportamento específico, usando um formato de resposta de 5 pontos, que varia de

“nunca ou quase nunca” a “sempre ou quase sempre”. A pontuação em cada escala pode ir de 10 a 50. O valor da subescala coesão é obtido somando os resultados dos itens ímpares e o da adaptabilidade os dos itens pares.

Para a obtenção da tipologia familiar (neste caso de casal), os resultados quer da coesão quer da subescala adaptabilidade no “casal percebido” são revertidos em quatro categorias cada, de acordo com os pontos de corte obtidos para população “geral” (no nosso caso recorreu-se à população de controlo). No que diz respeito à coesão, e num crescendo desta dimensão, o casal pode ser desligado (*disengaged*), separado (*separated*), ligado (*connected*) ou muito ligado (*very connected*)*. Em termos da adaptabilidade, e novamente por ordem crescente, rígido (*rigid*), estruturado (*structured*), flexível (*flexible*) e muito flexível (*very flexible*). A tipologia do casal, que o classifica em termos de maior ou menor funcionalidade do seu estilo relacional, obtém-se aplicando a fórmula $\text{Coesão} + \text{Adaptabilidade} / 2$, aos dados reconvertidos da coesão e da adaptabilidade.

De acordo com uma funcionalidade crescente, o casal pode ser extremo (*extreme*), médio (*mid-range*), moderadamente equilibrado (*moderately-balanced*) ou equilibrado (*balanced*).

* Sentimos que a tradução para a língua portuguesa dos termos sugeridos por Olson (1991) para os níveis de coesão não dão adequadamente conta de que, actualmente, o conceito de coesão procura traduzir proximidade emocional, laços afectivos, cuja maior intensidade corresponde às famílias *very connected* e é sinal de um maior equilíbrio, e não de aglutinação, como o termo muito ligado pode fazer supôr.

De acordo com Edman, Cole e Howard (1990), o alpha de Cronbach é de 0.82 para a subescala "coesão" e de 0.78 para a subescala "adaptabilidade", o que revela uma adequada homogeneidade/consistência interna de ambas.

A fidelidade teste-reteste, com um intervalo de quatro semanas, é de 0.83 para a coesão e de 0.80 para a adaptabilidade, mostrando uma boa estabilidade das escalas (Olson, Portner & Lavee, 1985).

A correlação entre a dimensão "adaptabilidade" e a dimensão "coesão" da escala, que se pretende ortogonal, é de $r=0.33$ (Olson, Portner & Lavee, 1985). Os autores fazem também referência à baixa correlação da escala com a desejabilidade social: DS e Adaptabilidade — $r=0.00$; DS e Coesão — $r=0.39$.

Estudos empíricos têm demonstrado o poder da escala para discriminar famílias e casais problemáticos de não problemáticos (Edman, Cole & Howard, 1990; Grotevant & Carlson, 1985; Olson *et al.*, 1989; Olson, 1991). (Anexo 6)

5. "ATTITUDES TOWARD WOMEN SCALE" (AWS)

De entre as medidas de atitudes relativas aos papéis de género, ou seja, *"as concepções normativas do sujeito face a comportamentos que traduzem adequados papéis sociais"* (Nelson, 1988), a mais conhecida e mais amplamente utilizada (DelBoca, Ashmore & McManus, 1986) tem sido a *Attitudes Towards Women Scale*, de Spence e Helmreich (1972), originalmente integrando 55 itens e mais tarde adaptada para uma versão curta de 25 itens (Spence, Helmreich & Stapp, 1973).

Spence, Helmreich e Gibson (1982) descrevem a escala como um *"instrument to measure attitudes toward the rights and roles of woman in contemporary society"*, nas áreas profissional, educativa, intelectual e social, que permite classificar os sujeitos num *contínium* conservador-liberal quanto à orientação das suas atitudes (Koblinsky & Palmeter, 1984).

Um importante manancial de dados que dão suporte à validade e à fiabilidade quer da versão original, quer da versão curta da escala, estão disponíveis na literatura e derivam de investigações efectuadas não só nos EUA como noutras culturas ocidentais, com amostras de homens e mulheres de diversos níveis etários e sócio económicos, mostrando que a escala mede conceptualmente o suporte para os

papéis tradicionais de género (Colker & Widom, 1980; Daugherty & Dambrot, 1986; Galambos *et al.*, 1985; Harry, 1995; Nelson, 1988; Parry, 1993). Daugherty e Dambrot (1986), em estudos efectuados com as três versões da escala que os autores propuseram (55, 25 e 15 itens) demonstraram a homogeneidade de qualquer das formas da *Attitude Toward Woman Scale* (alpha de Cronbach: 0,92, 0,89 e 0,85, respectivamente; Spermán-Brown *Split-half*: 0,93, 0,86 e 0,86, respectivamente; a estabilidade teste-reteste, efectuada com a escala de 15 itens, foi de 0,86).

Uma versão britânica desta escala, a AWS-B, foi desenvolvida por Glenys Parry (1983). Esta versão consta de 22 itens tipo Likert, com cinco probabilidades de resposta variando de "discordo fortemente" a "concordo fortemente", cuja linguagem foi, segundo a autora, simplificada. A validação foi efectuada junto de uma população de mulheres britânicas, mostrando o instrumento um nível de fidelidade aceitável (α de Cronbach para mulheres da classe trabalhadora é de $r=0.77$ e para as mulheres da classe média de $r=0.85$).

A versão que utilizamos no nosso estudo é uma tradução, de consenso entre seis técnicos, adaptada após reflexão falada junto de seis sujeitos (que não incluíram a amostra). (Anexo 7)

No sentido de verificar a validade de constructo da AWS para a amostra de mulheres portuguesas estudadas, comparamos as médias obtidas nesta escala pelas mulheres dos níveis sócio económico alto e médio alto (níveis 1 e 2) com as obtidas pelas dos níveis sócio económico médio baixo e baixo (níveis 4 e 5), na totalidade da população estudada. Foi encontrada uma diferença altamente significativa ($F(g/1) = 7.830$; $P < 0,001$) e no sentido esperado, com as mulheres da classe social 1 e 2 a revelarem atitudes mais liberais.

RESULTADOS

A análise estatística dos dados foi realizada com recurso a suporte informático (*Statística*). Para além dos parâmetros descritivos da amostra (percentagens, médias e desvios padrão), utilizaram-se, na comparação entre grupos o método de *chi* quadrado, com ou sem correcção de Yates conforme se justificasse, ANOVA unifactorial e, em uma circunstância, o *t* de Student.

Dados sócio-demográficos

A amostra total de duzentas e três mulheres estudadas é constituída por um grupo que designamos por Grupo 1 que compreende as companheiras de dependentes dos opiáceos, num total de cento e três (51,5%) e um grupo que designamos por Grupo 2 que constitui o grupo de controlo e que é composto por cem (48,5%) indivíduos.

A idade média do Grupo 1 é de 26,8 anos (DP=4,87) e a do Grupo 2 de 27,9 (DP=5,37) não sendo encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (Quadro I). A mulher mais nova envolvida no estudo, tanto no Grupo 1 como no Grupo 2 tem dezassete anos, e a mais velha tem quarenta e quatro anos no Grupo 1 e trinta e nove no Grupo 2.

QUADRO I

IDADE						
	Grupo 1 (n=103)		Grupo 2 (n=100)			
Idade	Média	DP	Média	DP	F(g1=1)	P
	26,83	4,87	27,94	5,37	2,399	ns

Todas as mulheres envolvidas no estudo vivem maritalmente com os seus companheiros, setenta e nove (76,7%) no Grupo 1 e oitenta e três (83%) no Grupo 2 em regime de casamento, e as restantes em

união de facto. O tempo de vida em comum destes casais é de 5,1 anos (DP=4,38) no Grupo 1 e 5,6 (DP=5,20) no Grupo 2. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos nestas variáveis. Quadro II.

QUADRO II

ESTADO CIVIL E NÚMERO DE ANOS DE UNIÃO						
	Grupo 1 (n=103)		Grupo 2 (n=100)			
Estado civil	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	χ^2	<i>P</i>
Junta	24	23,30	17	17,00	1,25	ns
Casada	79	76,70	83	83,00		
Anos de união	Média	DP	Média	DP	F(gl=1)	<i>P</i>
	5,14	4,38	5,61	5,20	0,495	ns

Quanto à existência de filhos nos casais, os dois grupos também não diferem estatisticamente. Os filhos estão presentes em 69,9% dos casais do Grupo 1 e em 74% dos do Grupo 2. Quanto ao número médio de filhos encontramos, aqui sim, diferenças estatisticamente significativas ($P<0,05$) sendo inferior nos casais do Grupo 1 (Quadro III).

QUADRO III

FILHOS						
	Grupo 1 (n=103)		Grupo 2 (n=100)			
Filhos	Média	DP	Média	DP	F(gl=1)	P
	0,89	0,73	1,14	0,89	4,710	0,031
	n	%	n	%	χ^2	P
Sem filhos	31	31,10	26	26,00	0,42	ns
Com filhos	72	69,90	74	74,00		
1 filho	54	75,00	40	54,05		
2 filhos	16	22,22	29	39,19		
3 filhos	2	2,78	4	5,41		
4 filhos	0	0,00	1	1,35		

70,9% das mulheres no Grupo 1 e 76% do Grupo 2 vivem independentes com a sua própria família nuclear, vivendo as restantes com as famílias de origem. Ao estudarmos este último subgrupo, verificamos que a maioria (63,3%) no grupo das mulheres de toxicodependentes vive com a família do marido, enquanto que a maioria (75%) no grupo de controlo vive com a própria família de origem. Estas diferenças revelaram-se estatisticamente significativas ($P < 0,02$) (Quadro IV).

QUADRO IV

COABITAÇÃO						
	Grupo 1 (n=103)		Grupo 2 (n=100)			
Coabitação	n	%	n	%	χ^2	P
Fam. Nuclear	73	70,87	76	76,00	0,68	ns
Fam. Origem	30	29,13	24	24,00		
<i>Fam. Mulher</i>	11	36,67	18	75,00	6,41	0,011
<i>Fam. Marido</i>	19	63,33	6	25,00		

O estudo do nível sócio económico revelou um maior número de mulheres no nível 4 em ambos os grupos. Os dois grupos não diferem estatisticamente quanto a esta variável (Quadro V).

QUADRO V

NÍVEL SÓCIO-ECONÓMICO						
	Grupo 1 (n=103)		Grupo 2 (n=100)			
Nível Sócio-económico	n	%	n	%	χ^2	P
1	0	0,00	1	1,00	6,479	ns
2	9	8,74	12	12,00		
3	32	31,07	28	28,00		
4	45	43,69	32	32,00		
5	17	16,50	27	27,00		

A larga maioria das mulheres em ambos os grupos definiram-se como católicas (99% no grupo 1 e 93,6% no Grupo 2), e como não praticantes (61,1% no Grupo 1 e 67% no Grupo 2). Três mulheres (2,9%) do Grupo 1 e sete (7%) do Grupo 2 consideraram não ter religião. As restantes (1% e 6,5%, respectivamente) professam outra religião que não a Católica. Os grupos também não diferem estatisticamente quanto a estas variáveis (Quadro VI).

QUADRO VI

OPÇÕES RELIGIOSAS						
	Grupo 1 (n=103)		Grupo 2 (n=100)			
Religião	n	%	n	%	χ^2	P
Sem religião	3	2,91	7	7,00	1,04	ns
Com religião	100	97,09	93	93,00		
Católica	99	99,00	87	93,55	2,69	ns
Outra	1	1,00	6	6,45		
Prática religiosa	n	%	n	%	χ^2	P
Não	63	61,17	67	67,00	0,75	ns
Sim	40	38,83	33	33,00		

A moda da amostra quanto à escolaridade situa-se para os dois grupos, que são estatisticamente comparáveis quanto a esta variável, no ensino secundário (quarenta e três mulheres do Grupo 1 e trinta e três do Grupo 2). Percentagens semelhantes de mulheres (70,9% e 70%, respectivamente) abandonaram os estudos nos dois grupos (Quadro VII).

QUADRO VII

NÍVEL DE ESCOLARIDADE						
	Grupo 1 (n=103)		Grupo 2 (n=100)			
Escolaridade	n	%	n	%		
Primária	21	20,39	31	31,00		
Ciclo	26	25,24	23	23,00		
Secundária	43	41,75	33	33,00		
Formação prof.	3	2,91	0	0,00		
Média	6	5,83	5	5,00		
Superior	4	3,88	8	8,00		
Abandono est.	n	%	n	%	χ^2	P
Não	30	29,13	30	30,00	0,02	ns
Sim	73	70,87	70	70,00		

Por último, dentro dos dados sócio-demográficos avaliamos a situação laboral das mulheres estudadas, bem como as fontes de rendimento do agregado familiar. Observamos que setenta e cinco mulheres (72,8%) do Grupo 1 e o mesmo número (75%) do grupo 2 estavam empregadas em tempo completo ou parcial e dezanove (18,5%) do primeiro grupo e nove (9%) do segundo estavam desempregadas; as restantes são estudantes (3,9% e 2% respectivamente) e domésticas (4,9% e 14%) (Quadro VIII).

QUADRO VIII

SITUAÇÃO LABORAL				
	Grupo 1 (n=103)		Grupo 2 (n=100)	
Situação laboral	n	%	n	%
Estudante	4	3,88	2	2,00
Doméstica	5	4,85	14	14,00
Desempregada	19	18,45	9	9,00
Empregada	75	72,82	75	75,00
<i>Tempo parcial</i>	17	22,67	23	30,67
<i>Pleno emprego</i>	58	77,33	52	69,33
<i>Baixa</i>	2	3,45	6	11,54

Como principal fonte de rendimento do agregado familiar, as mulheres do Grupo 1 indicaram maioritariamente (50,5%) o seu próprio trabalho enquanto que as do Grupo 2 indicaram maioritariamente (76%) o trabalho do companheiro; estas diferenças são altamente significativas do ponto de vista estatístico ($P < 0,001$). Como outras fontes de rendimento para além do trabalho próprio e do trabalho do companheiro, seis mulheres de cada grupo indicaram o apoio económico familiar, duas no Grupo 1 e uma no Grupo 2 referiram os subsídios que recebem, uma em cada grupo o apoio da Segurança Social e uma mulher do Grupo 1 fez referência a actividades ilícitas (Quadro IX).

QUADRO IX

PRINCIPAL FONTE DE RENDIMENTO						
	Grupo A (n=103)		Grupo B (n=100)			
F. rendimento	n	%	n	%	χ^2	P
T. Próprio	52	50,49	16	16,00	29,52	0,000
T. Companheiro	41	39,81	76	76,00		
Outras fontes	10	9,70	8	8,00		
Família	6		6			
Subsídio	2		1			
Bens pessoais	0		0			
Ser. Social	1		1			
Act. ilícitas	1		0			

Em resumo, podemos dizer que o grupo de estudo e o grupo de controlo são comparáveis no que diz respeito à média de idade, ao estado civil e ao número de anos de união conjugal, bem como quanto ao que concerne o nível sócio económico e educacional, às opções religiosas e quanto ao facto de estarem ou não a trabalhar (aliás, algumas destas variáveis, como dissemos na secção da metodologia de estudo, constituíam critérios de amostragem do grupo de controlo). Os dois grupos mostraram-se distintos em termos do número médio de filhos, a coabitação e a principal fonte de rendimento familiar.

Caracterização dos consumos dos companheiros dependentes

Para a obtenção de dados que permitissem a caracterização dos consumos dos indivíduos dependentes dos opiáceos, companheiros das mulheres constituintes do Grupo 1 deste estudo, elaboramos um questionário composto por quatro perguntas, que foi distribuído aos terapeutas de cada um destes indivíduos, destinado a colher informação sobre vias de consumo dos opiáceos, anos de consumo e diagnóstico de hepatite ou de seropositividade para o HIV. Obtivemos como resposta que 69,9% dos consumidores utilizava a via *fumada*, 24,3% a *endovenosa* e 5,8% *ambas* as vias de consumo. A média de anos de consumo foi de 6,6 (DP=4,66); o indivíduo que iniciou consumos mais recentemente, fê-lo no ano em que a colheita da amostra decorreu e o que iniciou há mais tempo fê-lo há 20 anos.

Existe um diagnóstico de hepatite em 42,7% destes indivíduos e em um caso (0,97%) foi diagnosticada uma seropositividade para o HIV (Quadro X).

QUADRO X

INFORMAÇÃO FORNECIDA PELOS TERAPEUTAS DOS COMPANHEIROS TOXICODPENDENTES DAS MULHERES ESTUDADAS (GRUPO 1)				
Vias de consumo (n=103)				
	n	%		
Fumada	72	69,90		
Endovenosa	25	24,27		
Ambas	6	5,83		
Diagnóstico de hepatite (n=103)				
	n	%		
Não	59	57,28		
Sim	44	42,72		
Diagnóstico de seropositividade para o HIV (n=103)				
	n	%		
Não	102	99,03		
Sim	1	0,97		
Anos de consumo (n=103)				
	Média	DP	Mx	Mn
	6.601	4.666	20	0

Algumas das perguntas incluídas no questionário a que responderam as mulheres do Grupo 1 dirigiam-se também a obter dados que permitissem uma caracterização da sua percepção dos consumos dos companheiros.

As inquiridas tomaram conhecimento dos consumos de seus companheiros, em média, 3,6 anos (DP=3,3) antes da realização do estudo. Das cento e três mulheres deste grupo, trinta e seis (34,9%) tinham conhecimento dos consumos antes de viverem com eles, 56 (54,4%) souberam mais tarde (ou o início dos consumos deu-se após a união) e onze (10,7%) tomaram conhecimento do estado de

dependência dos seus companheiros no mesmo ano da união (Quadro XI).

QUADRO XI

RELAÇÃO ENTRE OS ANOS DE UNIÃO E OS ANOS DE CONHECIMENTO PELA MULHER DA DEPENDÊNCIA DO COMPANHEIRO		
	<i>n</i>	%
Soube antes de viver com ele	36	34,95
Soube depois de viver com ele	56	54,37
Soube no mesmo ano	11	10,68

Vinte e oito (27,2%) das mulheres deste grupo sabem que os seus companheiros consomem haxixe, quarenta e sete (45,7%) cocaína, quinze (14,6%) álcool e duas (1,9%) outras drogas. Todas as mulheres incluídas são companheiras de dependentes dos opiáceos; no entanto sete (6,8%) não referiram os consumos desta droga.

Quando comparamos a informação obtida junto dos terapeutas sobre a via de consumo com a percepção das mulheres sobre esta via, encontramos uma concordância bastante grande. Na realidade, há apenas um caso (0,9% da amostra) em que as informações não são coincidentes. Trata-se de um caso em que o terapeuta referiu a utilização da via *endovenosa* e a mulher a via *fumada* (Quadro XII)

QUADRO XII

PERCEPÇÃO DAS MULHERES DO GRUPO 1 FACE AO CONSUMO DE SEUS COMPANHEIROS		
Drogas consumidas (n=103)		
	n	%
Haxixe	28	27,18
Heroína	96	93,20
Cocaína	47	45,63
Álcool	15	14,56
Outras	2	1,94
Vias de consumo (n=103)		
	n	%
Fumada	73	70,87
Endovenosa	14	13,59
Ambas	16	15,54

Foram os companheiros que revelaram espontaneamente os seus consumos a 35,9% das mulheres; 51,3% descobriram após um período de desconfiança ou porque observaram práticas de consumo; 12,6% foram informadas por terceiros dos consumos de seus companheiros.

Antecedentes familiares e pessoais

A segunda parte do questionário por nós elaborado destinou-se a recolher dados sobre os antecedentes familiares e pessoais das mulheres inquiridas, principalmente no tocante à história de consumos.

Não encontramos diferenças significativas do ponto de vista estatístico entre as duas amostras quanto à existência de familiares dependentes. Estes foram indicados por 38,8% das mulheres do Grupo 1 e por 35% das do Grupo 2.

Procuramos em seguida identificar estes familiares, bem como a substância consumida. Os resultados encontram-se resumidos no Quadro XIII. No Grupo 1, seis mulheres (5,8%) indicaram o pai como dependente do álcool, no grupo 2 o pai foi indicado por dezasseis mulheres (16%); estes resultados revelaram-se significativos estatisticamente ($P < 0,05$), sendo assim que, na nossa amostra, os pais das mulheres do grupo de controlo têm maior tendência a ser dependentes do álcool do que os pais das companheiras de dependentes dos opiáceos.

Entre os irmãos das mulheres inquiridas do Grupo 1 em um caso (0,9%) foi referida dependência do álcool e em 16 (15,5%) consumo de drogas; no Grupo 2 foram 9 (9%) as mulheres que referiram os irmãos como dependentes de drogas. Outros familiares foram referidos como

consumidores excessivos de álcool ou drogas por 16,5% das mulheres do Grupo 1 e por 9% das mulheres do Grupo 2. Estes resultados não revelaram diferenças estatisticamente significativas.

QUADRO XIII

FAMILIARES DEPENDENTES						
	Grupo 1 (n=103)		Grupo 2 (n=100)			
	n	%	n	%	χ^2	P
Não	63	61,17	65	65,00	0,32	ns
Sim	40	38,83	35	35,00		
Consumo de álcool e drogas na família						
	n	%	n	%	χ^2	P
Pais (*)						
Álcool	6	5,83	16	16,00	4,43	0,035
Drogas	0	0,00	1	1,00		
Irmãos						
Álcool	1	0,97	0	0,00	1,45	ns
Drogas	16	15,53	9	9,00		
Outros						
Álcool	10	9,71	6	6,00	0,52	ns
Drogas	7	6,80	3	3,00	0,86	ns

Seis das mulheres (5,83%) do Grupo 1 e quatro (4%) do Grupo 2 tinham tido, anteriormente à presente relação, outro companheiro dependente de drogas. No Grupo 2, um dos dependentes de drogas referidos era simultaneamente dependente do álcool; foram ainda referidos seis companheiros anteriores dependentes do álcool neste Grupo (Quadro XIV).

QUADRO XIV

COMPANHEIROS ANTERIORES DEPENDENTES							
	Grupo 1 (n=103)		Grupo 2 (n=100)				
	n	%	n	%	χ^2	P	
Não	97	94,17	90	90,00	0,71	ns	
Sim	6	5,83	10	10,00			
<i>Alcool</i>	0	0,00	6	60,00			
<i>Drogas</i>	6	100,00	3	30,00			
<i>Ambas</i>	0	0,00	1	10,00			

Passamos, seguidamente, a estudar os antecedentes pessoais de consumo de substâncias psicoactivas. Quanto ao consumo problemático de álcool e drogas encontramos uma diferença estatisticamente significativa ($P < 0,02$) entre os dois grupos. Na realidade, observamos antecedentes de consumos problemáticos em doze (11,7%) das mulheres do Grupo 1 e apenas em duas (2%) das mulheres do Grupo 2. Nos casos referidos, no primeiro grupo dez eram de consumos de drogas e dois de álcool e drogas, e no segundo grupo os dois casos referiam-se ao consumo de drogas (Quadro XV).

QUADRO XV

ANTECEDENTES PESSOAIS DE CONSUMOS						
	Grupo 1 (n=103)		Grupo 2 (n=100)			
	n	%	n	%	χ^2	P
Não	91	88,35	98	98,00	5,93	0,014
Sim	12	11,65	2	2,00		
Alcool	0		0			
Drogas	10		2			
Ambas	2		0			

Na actualidade quatro mulheres (3,9%) do grupo das companheiras de toxicodependentes consomem drogas (duas delas responderam afirmativamente ao consumo de drogas no passado e duas negativamente); nenhuma das mulheres do grupo de controlo referiu consumos no presente (Quadro XVI).

QUADRO XVI

CONSUMOS ACTUAIS						
	Grupo 1 (n=103)		Grupo 2 (n=100)			
	n	%	n	%	χ^2	P
Não	99	96,12	100	100,00	2,21	ns
Sim	4	3,88	0	0,00		
Alcool	0		0			
Drogas	4		0			

Das catorze mulheres do Grupo 1 que consumiram ou consomem drogas, dez referiram ter iniciado estes consumos com o actual marido ou companheiro, uma com amigos e três não responderam. Das duas mulheres do Grupo 2 que consumiram no passado, uma iniciou os seus

consumos com um antigo namorado toxicodependente e, a outra não respondeu a esta questão.

Não obtivemos, no entanto, diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito ao consumo de fármacos não prescritos pelo médico ou abusados. Estes comportamentos foram observados em 32% das mulheres do Grupo 1 e em 27% das mulheres do Grupo 2, constituindo os psicotrópicos os fármacos de abuso para vinte e sete das mulheres do primeiro grupo e para dezoito do segundo.

De entre os psicofármacos, os tranquilizantes (*comprimidos para os nervos e comprimidos para dormir*) foram utilizados por 75,8% das mulheres do Grupo 1 que consumiram fármacos abusivamente e os excitantes (*comprimidos para emagrecer e comprimidos para estudar*) em 6%. No Grupo 2 as percentagens foram, respectivamente, de 48,2% e de 18,5% (Quadro XVII).

QUADRO XVII

ANTECEDENTES PESSOAIS DE ABUSO DE FÁRMACOS						
	Grupo 1 (n=103)		Grupo 2 (n=100)			
	n	%	n	%	χ^2	P
Não	70	67,96	73	73,00	0,62	ns
Sim	33	32,04	27	27,00		
Nervos / Dormir	25	75,76	13	48,15	2,04	ns
Emagre. / Estud	2	6,06	5	18,52		
Outra coisa	6	18,18	9	33,33		

Dentro do Grupo 1, as mulheres que foram ou são consumidoras de drogas tendem a abusar mais de outros fármacos do que aquelas que nunca consumiram drogas; esta diferença tem significado estatístico ($\chi^2 = 6,12$; $P < 0,05$).

Uma das questões colocadas referia-se ao sentimento risco da vir a consumir drogas. Se bem que não se evidenciasse uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos, sete mulheres (6,8%) do Grupo 1 consideraram sentir-se em risco, contra apenas duas mulheres (2%) do Grupo 2 (Quadro XVIII). Todas as mulheres do Grupo 1 que se sentem em risco de consumir são ou foram toxicodependentes; das duas mulheres do Grupo 2 que se sentem em risco, uma nunca consumiu drogas e a outra fez consumos abusivos de psicofármacos.

QUADRO XVIII

PERCEÇÃO DO RISCO DE CONSUMO						
	Grupo 1 (n=103)		Grupo 2 (n=100)			
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	χ^2	<i>P</i>
Sem risco	96	93,20	98	98,00	1,74	ns
Com risco	7	6,80	2	2,00		

Informação, Valores e Atitudes

A terceira parte do questionário procurou avaliar os conhecimentos, valores e atitudes das mulheres inquiridas face à sua relação conjugal, face às toxicodependências e face às infeções pelos vírus das hepatites e do HIV.

Na questão sobre as atribuições das mulheres quanto às razões de ser da sua relação conjugal, observamos que a larga maioria de ambos os grupos (97,1% no Grupo 1 e 96% no Grupo 2) escolheu a hipótese *Gostar dele*. Os restantes resultados, resumidos no Quadro XIX, foram próximos em ambos os grupos, com exceção da hipótese *Querer ajudá-lo* que foi escolhida por 87,4% das mulheres do Grupo 1 e por apenas 9% das do Grupo 2, diferença que se revelou altamente significativa estatisticamente ($P < 0,001$). A hipótese em que as mulheres atribuíram aos filhos a razão de ser da relação, foi escolhida por 38,8% das mulheres do Grupo 1 e por apenas 26% das mulheres do Grupo 2, diferença que tem significado estatístico ($P = 0,05$).

Das três mulheres do Grupo 1 que não assinalaram a resposta *Gostar dele*, todas assinalaram a hipótese *Querer ajudá-lo* e duas delas também a hipótese *Filhos*. Das quatro mulheres do Grupo 2 que não assinalaram a resposta *Gostar dele*, duas assinalaram *Filhos*, uma outra *Não querer ficar sozinha*, e ainda outra *Achar que a separação é mal*

vista.

QUADRO XIX

ATRIBUIÇÃO DA RAZÃO DE SER DA RELAÇÃO						
	Grupo 1 (n=103)		Grupo 2 (n=100)			
	n	%	n	%	χ^2	P
Gostar	100	97,09	96	96,00	0,00	ns
Querer ajuda-lo	90	87,38	9	9,00	121,64	0,000
Depender econom.	3	2,91	4	4,00	0,00	ns
Pressões familiares	0	0,00	0	0,00		
Filhos	40	38,83	26	26,00	3,81	0,05
Ter medo dele	2	1,94	0	0,00		
Não ficar só	4	3,88	6	6,00	0,14	ns
Separ. mal vista	2	1,94	4	4,00	0,20	ns
Outras	0	0,00	1	1,00		

Na questão dirigida à apreciação pessoal do que é a toxicodependência (Quadro XX), aproximadamente 1/3 das mulheres de ambos os grupos (29,1% no Grupo 1 e 36% no Grupo 2) escolheram a hipótese *Fraqueza*, e aproximadamente outro terço das inquiridas (34,5% no Grupo 1 e 36% no Grupo 2) escolheu *Vício*. 1,9% no Grupo 1 e 6% no Grupo 2 optaram por *Busca de Felicidade*; 5,8% no Grupo 1 e 5% no Grupo 2 por *Outra forma de vida*. A hipótese *Doença* foi assinalada por 26,2% das mulheres do Grupo 1 e por 15% das do Grupo 2. Esta diferença entre os grupos foi a única com significado estatístico ($P < 0.05$) no conjunto de hipóteses que constituíam esta questão.

QUADRO XX

O QUE É PARA MIM A TOXICODEPENDÊNCIA						
	Grupo 1 (n=103)		Grupo 2 (n=100)			
	n	%	n	%	χ^2	P
Fraqueza	30	29,13	36	36,00	1,09	ns
Busca felicidade	2	1,94	6	6,00	1,27	ns
Vício	36	34,95	36	36,00	0,02	ns
Doença	27	26,21	15	15,00	3,89	0,048
Forma de vida	6	5,83	5	5,00	0,00	ns
Outra	2	1,94	2	2,00	0,23	ns

Nas duas perguntas seguintes, as mulheres foram questionadas sobre os *grupos que consideravam serem os mais afectados pela SIDA* e as *vias de contágio para o HIV*. Os resultados encontram-se expressos nos Quadros XXI e XXII.

QUADRO XXI

GRUPOS QUE PENSA SEREM MAIS AFECTADOS PELA SIDA						
	Grupo 1 (n=103)		Grupo 2 (n=100)			
	n	%	n	%	χ^2	P
Homo. Masculinos	55	53,40	41	41,00	3,13	ns
Homo Femininos	24	23,30	18	18,00	0,87	ns
Toxicodependentes	76	73,79	70	70,00	0,36	ns
Hemofílicos	22	21,36	22	22,00	0,01	ns
Prostitutas	80	77,67	64	64,00	4,60	0,032
Gente rica, famosa	7	6,80	12	12,00	1,06	ns
Gente promíscua	21	20,39	10	10,00	4,23	0,039
Todos em geral	29	28,16	38	38,00	2,22	ns

QUADRO XXII

VIAS QUE PENSA SEREM DE CONTÁGIO PARA O HIV						
	Grupo 1 (n=103)		Grupo 2 (n=100)			
	n	%	n	%	χ^2	P
Saliva	11	10,68	11	11,00	0,01	ns
Esperma	69	66,99	61	61,00	0,79	ns
Sangue	96	93,20	91	91,00	0,34	ns
Sec. Vaginais	36	34,95	26	26,00	1,92	ns
Lágrimas	0	0,00	1	1,00		
Mãe-feto	46	44,66	38	38,00	0,93	ns
Pic. Mosquito	4	3,88	6	6,00	0,14	ns
Escovas dentes	22	21,36	17	17,00	0,62	ns
Part. Seringas	93	90,29	87	87,00	0,55	ns
Lâminas barba	49	47,57	47	47,00	0,01	ns
Tampas sanita	8	7,77	11	11,00	0,30	ns

A análise estatística das respostas à primeira pergunta não revelou diferenças significativas entre os dois grupos, com exceção da hipótese *Prostitutas* assinalada por 77,7% das mulheres do Grupo 1 e por 64% das do Grupo 2 ($P < 0,05$) e da hipótese *Gente com vida promíscua* escolhida por 20,4% no Grupo 1 e por 10% no Grupo 2 ($P < 0,05$). Os *Toxicodependentes* foram assinalados por 73,8% e 70% nos Grupos 1 e 2, respectivamente.

Nas respostas à segunda pergunta não foi observada qualquer diferença significativa entre os dois grupos. O *Sangue* e a *Partilha de seringas* foram as hipóteses mais escolhidas (93,2% e 90,3% respectivamente para o Grupo 1 e 91% e 87% para o Grupo 2). Um número menor de mulheres (66,9% no Grupo 1 e 61% no Grupo 2) escolheu *Esperma*. Menos de metade (44,7% e 38% respectivamente

para os Grupos 1 e 2) escolheu a via de transmissão *Mãe-feto*. A opção *Tampas de sanita* foi escolhida por 7,8% de mulheres do primeiro Grupo e por 11% de mulheres do segundo.

Seguidamente, as mulheres eram convidadas a traduzir a sua apreciação de diferentes tipos de risco relacionados com a infecção pelo HIV e hepatites, num gradiente de 5 hipóteses indo desde *Nenhum a Muiíssimo*.

A primeira destas questões referiu-se à percepção do *risco de convívio no dia a dia com alguém infectado com o vírus da SIDA* não sendo observável uma diferença significativa do ponto de vista estatístico entre os dois grupos (Quadro XXIII).

QUADRO XXIII

PERCEPÇÃO DO RISCO DE CONVÍVIO SOCIAL COM INFECTADOS COM O HIV					
Grupo 1 (n=103)		Grupo 2 (n=100)			
Média	DP	Média	DP	F(gl=1)	P
1,786	1,383	1,460	1,242	3,121	ns

Por nos parecer que o nível de escolaridade poderia constituir uma variável que influenciase alguns dos conhecimentos relacionados com a infecção pelo HIV e a percepção do risco de infecção, comparamos o conjunto de mulheres com escolaridade primária e ciclo dentro dos Grupos 1 e 2, com as que possuem estudos ao nível do

ensino secundário, formação profissional ou curso médio ou superior, quanto a estes aspectos.

Nesta análise não obtivemos diferenças significativas estatisticamente, quanto às respostas à questão em que era pedida a indicação dos *grupos que são afectados principalmente pelo SIDA*. Com excepção da *gente com vida promíscua*, significativamente ($P<0,07$) mais assinalada pelas melhores mais escolarizadas do Grupo 1 (Quadro XXIV e XV). Na questão em que pedimos a indicação das *vias de contágio* para o HIV obtivemos, no Grupo 1, diferenças estatisticamente significativas nas respostas *Esperma* ($P<0,01$), *Secreções vaginais* ($P<0,001$), *Mãe-feto* ($P<0,01$), *Partilha de seringas* ($P<0,01$) e *Partilha de lâminas de barbear* ($P<0,05$), sendo mais escolhidas pelas mulheres com escolaridade mais alta. No Grupo 2, encontramos diferenças estatisticamente significativas nas respostas obtidas em relação a duas das alternativas propostas: um número significativamente maior ($P<0,05$) das mulheres com escolaridade alta (95,7%) escolheu a hipótese *Partilhas de seringas* em relação às mulheres com escolaridade baixa das quais apenas 79,6% a escolheram; a hipótese *Tampas de sanita* foi escolhida por 18,5% das mulheres com escolaridade baixa e por 2,2% das que têm uma escolaridade mais alta sendo também esta diferença estatisticamente significativa ($P<0,05$).

QUADRO XXIV

COMPARAÇÃO ENTRE O GRUPO DE MULHERES COM ESCOLARIDADE BAIXA E COM ESCOLARIDADE ALTA (GRUPO 1)						
	Grupo c/ escolaridade baixa (n=54)		Grupo c/ escolaridade alta (n=46)			
Grupos que pensa serem mais afectados pelo SIDA						
	n	%	n	%	χ^2	P
Homo. Masculi.	25	53,19	30	53,57	0,22	ns
Homo Feminin.	9	19,15	15	26,79	0,46	ns
Toxicodepend.	31	65,96	45	80,36	2,74	ns
Hemofílicos	6	12,77	16	28,57	2,92	ns
Prostitutas	38	80,85	42	75,00	0,22	ns
Gente rica, fam.	4	8,51	3	5,36	0,06	ns
G. promíscua	3	6,38	18	32,14	8,92	0,002
Todos em geral	10	21,28	19	33,93	2,02	ns
Vias que pensa serem de contágio para o HIV						
	n	%	n	%	χ^2	P
Saliva	7	14,89	4	7,14	0,90	ns
Esperma	25	53,19	44	78,57	7,44	0,006
Sangue	43	91,49	53	94,64	0,06	ns
Sec. Vaginais	8	17,02	28	50,00	10,82	0,001
Lágrimas	0	0,00	0	0,00		
Mãe-feto	13	27,66	33	58,93	10,11	0,001
Pic. Mosquito	1	2,13	3	5,36	0,11	ns
Escovas dentes	10	21,28	12	21,43	0,00	ns
Part. Seringas	38	80,85	55	98,21	6,92	0,008
Lâminas barba	17	36,17	32	57,14	4,51	0,033
Tampas sanita	4	8,51	4	7,14	0,01	ns

QUADRO XXV

COMPARAÇÃO ENTRE O GRUPO DE MULHERES COM ESCOLARIDADE BAIXA E COM ESCOLARIDADE ALTA (GRUPO 2)						
	Grupo c/ escolaridade baixa (n=54)		Grupo c/ escolaridade alta (n=46)			
Grupos que pensa serem mais afectados pelo SIDA						
	n	%	n	%	χ^2	P
Homo. Masculi.	21	38,89	20	43,48	0,22	ns
Homo Feminin.	9	16,67	9	19,57	0,01	ns
Toxicodepend.	36	66,67	34	73,91	0,62	ns
Hemofílicos	9	16,67	13	28,26	1,33	ns
Prostitutas	35	64,81	29	63,04	0,03	ns
Gente rica, fam.	10	18,51	2	4,35	3,48	ns
G. promiscua	4	7,41	6	13,04	0,36	ns
Todos em geral	20	37,04	18	39,13	0,05	ns
Vias que pensa serem de contágio para o HIV						
	n	%	n	%	χ^2	P
Saliva	8	14,81	3	6,52	1,00	ns
Esperma	37	68,52	24	52,17	2,79	ns
Sangue	46	85,19	45	97,83	3,43	ns
Sec. Vaginais	11	20,37	15	32,61	1,93	ns
Lágrimas	0	0,00	1	2,17		
Mãe-feto	16	29,63	22	47,83	3,49	ns
Pic. Mosquito	4	7,41	2	4,35	0,05	ns
Escovas dentes	9	16,67	8	17,39	0,03	ns
Part. Seringas	43	79,63	44	95,65	4,31	0,037
Lâminas barba	27	50,00	20	43,48	0,42	ns
Tampas sanita	10	18,52	1	2,17	5,21	0,022

Ainda em relação às diferenças encontradas quanto ao nível de instrução, as respostas fornecidas pelas inquiridas com maior ou menor nível de escolaridade não diferiram estatisticamente na percepção do *risco para as pessoas que convivem no dia a dia com alguém infectado com o vírus da SIDA*, dentro do grupo de mulheres companheiras de dependentes dos opiáceos. Quando o mesmo tipo de análise foi realizada em relação ao grupo de companheiras de não

toxicodependentes, observamos diferenças muito significativas, do ponto de vista estatístico ($P < 0,005$) no sentido de as mulheres com escolaridade mais baixa tenderem a ter uma percepção mais elevada do risco do que as mulheres com escolaridade alta.

QUADRO XXVI

COMPARAÇÃO ENTRE O GRUPO DE MULHERES COM ESCOLARIDADE BAIXA E COM ESCOLARIDADE ALTA								
Percepção do risco de convívio social com infectados com o HIV								
	Grupo c/ escolaridade baixa			Grupo c/ escolaridade alta				
	n	Média	DP	n	Média	DP	F(gl=1)	P
Grupo 1	47	2,021	1,510	56	1,589	1,247	2,527	ns
Grupo 2	54	1,777	1,423	46	1,086	0,864	8,240	0,005

A segunda questão incidiu sobre a percepção do risco do parceiro se infectar com o HIV ou com o vírus da hepatite. Aqui encontramos diferenças altamente significativas ($P < 0,001$), com as companheiras dos toxicodependentes considerando existir um maior risco de os seus companheiros se infectarem em relação ao grupo de controlo (Quadro XXVII).

QUADRO XXVII

PERCEPÇÃO DO RISCO DO PARCEIRO SE INFECTAR COM O HIV OU V. HEPATITE					
Grupo 1 (n=103)		Grupo 2 (n=100)			
Média	DP	Média	DP	F(gl=1)	P
1,087	1,164	0,530	0,936	14,073	<0.001

Encontramos, na terceira questão deste grupo, uma diferença significativa ($P < 0,01$), e no mesmo sentido, quanto à percepção da própria mulher no que concerne o seu risco de se infectar pelo HIV ou vírus das hepatites (Quadro XXVIII).

QUADRO XXVIII

PERCEPÇÃO DO RISCO DA PRÓPRIA SE INFECTAR COM O HIV OU V. HEPATITE					
Grupo 1 (n=103)		Grupo 2 (n=100)			
Média	DP	Média	DP	F(gl=1)	P
0,961	1,111	0,450	0,770	14,435	<0.001

No interior do Grupo 1, comparamos a percepção do risco do parceiro e de elas próprias se infectarem no conjunto de mulheres que pensam que os companheiros *injectam a droga* com as que pensam que eles *fumam a droga*; encontramos diferenças altamente

significativas ($P < 0,001$), com as mulheres cujos companheiros utilizam a via endovenosa a referirem a percepção de um risco maior de infecção para elas próprias e para os seus companheiros (Quadro XXIX)

QUADRO XXIX

PERCEPÇÃO DO RISCO DA PRÓPRIA E DO COMPANHEIRO SE INFECTAREM COM OS VÍRUS DA HEPATITE E HIV DE ACORDO COM A VIA DE CONSUMO						
	Grupo que fuma a droga (n=73)		Grupo que injecta a droga (n=30)			
	Média	DP	Média	DP	F(gl=1)	P
Risco percebido de infec. do companheiro	0,780	0,916	1,833	1,366	20,747	<0,001
Risco percebido de infecção da própria.	0,671	0,850	1,666	1,347	20,309	<0,001

As precauções na vida sexual porque optariam as *mulheres se pensassem ou soubessem que o seu companheiro estava infectado com o HIV* podem ser observadas no Quadro XXX. 33,9% das mulheres do Grupo 1 e 30% das mulheres do Grupo 2 responderam *Não sei*; das restantes, 4,4% no Grupo 1 e 5,7% no Grupo 2 indicaram *Terminaria a relação*. De entre as que manteriam a relação, 9,2% no Grupo 1 e 15,2% no Grupo 2, apontaram *Não teria nenhum tipo de relacionamento sexual*, 1,5% e três respectivamente, de cada grupo *Mantinha algum tipo de relacionamento sexual mas sem coito*, 89,2% e 77,3%, respectivamente optaram pelo *Preservativo* e nenhuma das mulheres do Grupo 1 e três

(4,6%) das do Grupo 2 optaram pela hipótese *Não faria nada*. Não encontramos diferenças estatisticamente significativas entre as mulheres praticantes e não praticantes em termos religiosos quanto à escolha das precauções que adoptariam, nomeadamente no que diz respeito à hipótese *Utilizaria o preservativo*.

QUADRO XXX

PRECAUÇÕES QUE TOMARIA SE O COMPANHEIRO ESTIVESSE INFECTADO COM O HIV						
	Grupo 1 (n=103)		Grupo 2 (n=100)		χ^2	P
	n	%	n	%		
Não sei	35	33,98	30	30,00	0,37	ns
Sei o que faria	68	66,02	70	70,00		
<i>Termin Relação</i>	3	4,41	4	5,71	0,00	ns
<i>Não term. Rel.</i>	65	95,59	66	94,29		
<i>Não teria r.s.</i>	6	9,23	10	15,15		
<i>R.s. sem coito</i>	1	1,54	2	3,03		
<i>Preservativo</i>	58	89,23	51	77,27		
<i>Nada</i>	0	0,00	3	4,55		

Quando questionadas acerca do que pensam sobre o seu estado e do seu parceiro relativamente a estarem infectados pelo HIV ou vírus das hepatites, as mulheres responderam de acordo com os resultados resumidos no Quadro XXXI. Seis mulheres pensam estar infectadas com o vírus da hepatite no Grupo 1 e uma no Grupo 2; 15 mulheres pensam que o seu parceiro está infectado com o vírus da hepatite no primeiro grupo e duas no segundo (diferença estatisticamente significativa:

$\chi^2=10,92$, $P=0,001$). Uma mulher do Grupo 1 pensa que o seu companheiro está infectado com o HIV.

QUADRO XXXI

PERCEPÇÃO SOBRE O ESTADO DE INFECÇÃO						
	Grupo 1 (n=103)		Grupo 2 (n=100)			
	n	%	n	%	χ^2	P
Própria						
HIV						
Não	97	94,17	99	99,00		ns
Sim	0	0,00	0	0,00		
Não sei	6	5,83	1	1,00		
Hepatite						
Não	78	75,73	94	94,00	2,96	ns
Sim	6	5,83	1	1,00		
Não sei	19	18,45	5	5,00		
Companheiro						
HIV						
Não	93	90,29	97	97,00		ns
Sim	1	0,97	0	0,00		
Não sei	9	8,74	3	3,00		
Hepatite						
Não	70	67,96	93	93,00	10,92	0,001
Sim	15	14,56	2	2,00		
Não sei	18	17,48	5	5,00		

Neste Grupo observamos uma grande discrepância relativamente ao número de mulheres que tem conhecimento da infecção dos seus maridos pelos vírus das hepatites (14,6%) e a informação obtida junto dos terapeutas sobre esta mesma infecção (42,7%). O único caso assinalado como infectado com o HIV pelo terapeuta é-o também pela companheira.

A mulher do Grupo 2 que pensa estar infectada com o vírus da hepatite é casada com um homem não toxicodependente mas que é portador do vírus da hepatite. Em perguntas anteriores deste questionário ela afirma pensar que o seu companheiro tem relações sexuais *com mais alguém*, considera que este tem *muito risco de se infectar com o HIV ou vírus das hepatites* e não manteve relações sexuais com ele nos últimos seis meses.

Vida sexual

Os dois grupos de mulheres foram questionados sobre diferentes aspectos das suas vidas sexuais.

Duas mulheres do Grupo 1 e uma do Grupo 2 não tiveram relações sexuais nos últimos 6 meses. Noventa e nove (96,1%) no Grupo 1 e noventa e sete (97%) no Grupo 2 tiveram um parceiro sexual no mesmo período de tempo e duas mulheres em cada grupo referiram ter tido mais do que um parceiro (Quadro XXXII). Destas, uma em cada grupo referiu ter usado o preservativo e a outra não terá usado esta protecção.

QUADRO XXXII

NÚMERO DE PARCEIROS SEXUAIS NOS ÚLTIMOS 6 MESES				
	Grupo 1 (n=103)		Grupo 2 (n=100)	
	n	%	n	%
0	2	1,94	1	1,00
1	99	96,12	97	97,00
Mais do que 1	2	1,94	2	2,00

No mesmo período de seis meses, uma mulher do Grupo 1 e seis do Grupo 2 pensam que o seu companheiro se terá envolvido sexualmente com outras mulheres. A mulher do Grupo 1 e quatro do Grupo 2 pensam que estes relacionamentos não terão sido protegidos por preservativo (Quadro XXXIII).

QUADRO XXXIII

PRECEPÇÃO SOBRE A ACTIVIDADE SEXUAL DO PARCEIRO						
	Grupo 1 (n=103)		Grupo 2 (n=100)			
	n	%	n	%	χ^2	P
Não teve r.s.	6	5,83	1	1,00	2,25	ns
Teve r.s.	97	94,17	99	99,00		
<i>Só comigo</i>	96	98,97	93	93,94	2,29	ns
<i>Com outras</i>	1	1,03	6	6,06		
<i>C/ preservativo</i>	0		2			
<i>S/ preservativo</i>	1		4			

A utilização do preservativo nos últimos seis meses foi avaliada nas 97 mulheres do Grupo 1 e 98 do Grupo 2 que afirmaram ter tido relacionamento sexual (Quadro XXXIV). 71,1% no Grupo 1 e 74,5% no Grupo 2 nunca o usaram. Afirmaram tê-lo usado sempre 4,1% e 2%, respectivamente, em cada grupo.

QUADRO XXIV

UTILIZAÇÃO DO PRESERVATIVO ÚLTIMOS 6 MESES						
	Grupo 1 (n=103)		Grupo 2 (n=100)			
	n	%	n	%	χ^2	P
Não teve RS	6	5,83	2	2,00	1,08	0,298
Teve RS	97	94,17	98	98,00		
<i>Sempre</i>	4	4,12	2	2,04		
<i>Quase sempre</i>	7	7,22	8	8,16		
<i>Por vezes</i>	9	9,28	8	8,16		
<i>Raramente</i>	8	8,25	7	7,14		
<i>Nunca</i>	69	71.13	73	74.50		

Questionadas quanto a quem toma a iniciativa quando acontece usarem o preservativo, 11,1% no Grupo 1, e 4% no Grupo 2, pedem ou exigem esta prática nos seus relacionamentos, em 8,9% do primeiro grupo e em nenhum caso do segundo, a iniciativa é do companheiro, e nos restantes 80% do Grupo 1 e 96% do Grupo 2, a utilização do preservativo acontecerá como um acordo entre ambos. Estas diferenças não têm significado estatístico.

No grupo de mulheres companheiras de toxicodependentes, de entre as que pensam saber que o seu parceiro está infectado com o vírus da hepatite, só 6,6% usam o preservativo sempre que têm relações e, das que responderam *Não sei* quanto a esta questão, apenas 5,5% o fazem. Das mulheres que responderam *Não sei* quando questionadas sobre o estado de seropositividade ou seronegatividade para o HIV dos seus companheiros apenas 11% dizem usar sempre o preservativo. A única mulher que afirma saber que o seu companheiro é seropositivo para o HIV referiu nunca usar o preservativo, apesar de manter actividade sexual.

Não observamos qualquer diferença do ponto de vista estatístico quanto à utilização do preservativo entre as mulheres do Grupo 1 que dizem que os seus companheiros *injectam a droga* e as que afirmam que *fumam a droga*.

Estratégias de coping, relação conjugal e atitudes face ao papel social

Os resultados obtidos com a aplicação das escalas WCQ, Maces III e AWS ao grupo de mulheres companheiras de dependentes dos opiáceos e às do grupo de controlo encontram-se resumidos nos Quadro XXXV.

QUADRO XXXV

ESTRATÉGIAS DE COPING, RELAÇÃO CONJUGAL E ATITUDES FACE AO PAPEL SOCIAL DA MULHER						
	Grupo 1 (n=103)		Grupo 2 (n=100)			
Ways of Coping Scale						
	Média	DP	Média	DP	F(gl=1)	P
Cnf	14,543	2,641	12,760	2,586	23,618	0,000
Dst	12,825	2,878	13,180	2,782	0,796	ns
ACt	18,038	3,247	16,650	3,039	9,882	0,001
SS	15,029	3,225	13,590	3,440	9,458	0,002
Rsp	8,854	1,972	9,090	2,261	0,627	ns
E/E	18,621	3,622	16,330	3,703	19,858	0,000
Pln	14,961	2,879	14,510	2,823	1,269	ns
AP	16,650	3,457	16,760	3,490	0,050	ns
Maces III						
	Média	DP	Média	DP	F(gl=1)	P
FD Total	15,378	11,565	9,630	9,871	14,470	0,000
FD Coesão	8,300	7,643	5,290	5,751	10,012	0,001
FD Adaptabilida	7,466	5,044	5,500	4,810	8,066	0,004
Coesão	37,271	7,995	40,180	8,273	6,486	0,011
Adaptabilidade	30,951	5,384	33,250	7,691	6,113	0,014
Atitudes Towards Women Scale						
	Média	DP	Média	DP	F(gl=1)	P
AWS	81,359	10,064	80,230	10,508	0,611	ns

No WCQ foram observadas diferenças altamente significativas entre os dois grupo nas sub-escalas *Confronto* (Cnf) ($P < 0,001$), *Auto-Controlo* (ACT) ($P = 0,001$), *Procura de Apoio Social* (SS) ($P = 0,002$) e *Escape/Evitamento* (E/E) ($P < 0,001$), com valores médios sempre mais altos para o Grupo 1. Não foram observadas diferenças significativas nas restantes sub-escalas: *Distanciamento* (Dst), *Aceitação da Responsabilidade* (Rsp), *Planificação da Resolução dos Problemas* (Pln) e *Reavaliação Positiva* (AP).

No Maces III foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, tanto na sub-escala *Coesão* ($P < 0,02$) como na *Adaptabilidade* ($P < 0,02$), sendo as médias observadas no Grupo 2 superiores às do Grupo 1. Nos cálculos destinados a avaliar a discrepância entre o *casal ideal* e o *casal real* obtivemos diferenças altamente significativas — *FD Total* ($P < 0,001$), *FD Coesão* ($P = 0,001$) e *FD Adaptabilidade* ($P < 0,01$) — sendo as médias observadas mais elevadas no Grupo 1 do que no Grupo 2.

Em termos da tipologia funcional da qualidade das relações de casal proposta por Olson (1991), os dois grupos são significativamente distintos, com o grupo 1 a apresentar frequências mais elevadas nas categorias disfuncionais *extremo* e *médio* (Quadro XXXVI)

QUADRO XXXVI

TIPOLOGIA FUNCIONAL DO CASAL						
	Grupo 1 (n=103)		Grupo 2 (n=100)			
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	χ^2	<i>P</i>
Extremo	14	13,59	11	11	13.00	<0,01
Médio	43	47,75	29	29		
Moderam. equil.	44	42,72	45	45		
Equilibrado	2	1,94	15	15		

Os dois grupos estudados não diferiram, do ponto de vista estatístico, nas médias obtidas na AWS. Utilizando ainda os resultados por nós obtidos com esta escala comparamos a nossa população com a população de mulheres americanas estudadas com o mesmo instrumento por Nelson (1988). Encontramos uma diferença muito significativa ($P<0,01$), no sentido de uma média mais alta apresentada pelo estudo americano (Quadro XXXVII).

QUADRO XXXVII

Atitudes Towards Women Scale						
	Amostra Pt (n=203)		Amostra EUA (n=117)			
	Média	DP	Média	DP	<i>t</i>	<i>P</i>
AWS	80,802	10,275	84,1	11,5	-2,645	<0,01

Procuramos, por último, averiguar se os resultados obtidos nas escalas aplicadas neste estudo diferiam dependendo do facto de as mulheres de toxicodependentes terem tido conhecimento da dependência dos seus companheiros anteriormente ou posteriormente ao momento em que passaram a viver juntos.

A comparação do grupo de trinta e seis mulheres que soube dos consumos antes da sua união conjugal com o grupo de cinquenta e seis mulheres que o soube após a união, quanto aos resultados obtidos na WCS, Maces III e AWS não revelou quaisquer diferenças significativas do ponto de vista estatístico em nenhuma destas ou das sub-escalas que as constituem.

QUADRO XXXVIII

COMPARAÇÃO ENTRE O GRUPO QUE TOMARAM CONHECIMENTO DOS CONSUMOS DOS SEUS COMPANHEIROS ANTES DA SUA UNIÃO E AS QUE TOMARAM CONHECIMENTO DEPOIS						
	Conhecimento anterior(n=36)		Conhecimento posterior(n=56)			
Ways of Coping Scale						
	Média	DP	Média	DP	F(gl=1)	P
Cnf	13,944	2,448	14,750	2,817	1,979	ns
Dst	13,083	2,998	12,571	2,947	0,652	ns
ACt	18,333	3,320	17,821	3,443	0,497	ns
SS	14,888	2,561	15,250	3,553	0,278	ns
Rsp	8,833	1,647	8,767	2,148	0,024	ns
E/E	18,527	4,095	18,446	3,479	0,010	ns
Pln	15,111	2,866	15,035	3,008	0,014	ns
AP	16,888	3,998	16,642	3,299	0,103	ns
Maces III						
	Média	DP	Média	DP	F(gl=1)	P
FD Total	13,166	10,869	16,464	11,727	1,833	ns
Coesão	39,250	7,450	36,714	7,994	2,323	ns
Adaptabilidade	32,138	5,687	30,517	5,284	1,942	ns
Atitudes Towards Women Scale						
	Média	DP	Média	DP	F(gl=1)	P
AWS	83,444	10,063	80,357	10,508	2,145	ns

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos suscitam-nos diversas reflexões, com possíveis implicações práticas na compreensão e apoio à resolução dos problemas específicos das mulheres dos heroinodependentes e pistas para futuras investigações.

Tratando-se de um estudo exploratório necessário, em nosso entender, para uma primeira abordagem de um tema escassamente investigado, algumas variáveis obtidas junto desta população não foram exaustivamente trabalhadas do ponto de vista estatístico, servindo essencialmente à caracterização e estabelecimento de semelhanças e diferenças entre os grupos estudados. Daqui decorre, igualmente, o facto de que para algumas das pistas explicativas que serão propostas nesta discussão, termos recorrido a modelos das áreas do alcoolismo e da

violência conjugal que, por opção epistemológica, acreditamos possuírem valor heurístico na compreensão da realidade da mulher do toxicodependente.

Parece-nos importante realçar que muitas mulheres (mais de metade do grupo de estudo) são a principal fonte de rendimento do seu agregado familiar (realidade completamente diferente da das mulheres do grupo de controlo) e que, destas, 84,6% vivem só com os seus maridos, ou com eles e os filhos. Por outro lado, 55,3% das mulheres do grupo de estudo (grupo 1) e 51% das mulheres do grupo de controlo (grupo 2) escolhem as opções “fraqueza” e “doença” para definirem toxicodependência, factores que podem ser comumente interpretados como escapando ao controlo voluntário e consciente dos indivíduos, desculpabilizando, em parte, a existência de consumos de drogas e suas consequências (uma avaliação mais aprofundada deste ponto deveria, em nosso entender, constituir objecto de futuras investigações, pelas óbvias implicações inerentes). Pensamos que o conjugar destas duas questões poderá ter algumas implicações em termos da decisão de as mulheres do estudo permanecerem ao lado do seu companheiro. De facto, talvez o abandono destes homens “fragilizados” e com menos recursos económicos, por parte das suas mulheres, seja socialmente mal visto e exista algum tipo de pressão social, consciente ou inconscientemente sentida, para que elas

suportem as vicissitudes desta situação e permaneçam ao lado dos seus companheiros.

Ainda no que diz respeito à caracterização sociodemográfica da amostra, e à semelhança do que a literatura aponta, quando os casais vivem com familiares, os casais em que o homem é toxicodependente vivem significativamente mais em casa dos pais deste, com as eventuais implicações para a esposa no caso de querer colocar a hipótese de abandonar a relação (Kaufman, 1991; Patrício, 1995).

No que se refere às suas famílias de origem, é de salientar que, embora não haja diferenças nos consumos dos outros familiares, há, contudo, diferenças significativas nos hábitos de consumo dos pais das mulheres destes dois grupos. Assim, os pais das mulheres cujos maridos não consomem álcool nem drogas, têm significativamente mais problemas de alcoolismo do que os pais das do grupo 1. A única eventual hipótese explicativa que nos ocorre para este resultado, para os pais das mulheres do grupo 1 serem mais menos problemáticos, é levantada por Taylor, Wilbur e Osnos (1966). No seu estudo com 16 mulheres casadas com toxicodependentes, de entre as razões apontadas para a relação, aparecia a atracção por um homem "diferente". Explicitamente, as mulheres diziam "ele era diferente de toda a gente que eu conhecia" e "ele era muito

diferente da minha família". Talvez algo de semelhante tenha ocorrido com as mulheres do nosso estudo.

A hipótese formulada, de que as mulheres dos dependentes de heroína estariam mais bem informadas no que diz respeito a medidas preventivas das doenças de transmissão sexual (**hipótese 1**), não foi confirmada. Foi-o, contudo, a que postulava que não recorriam mais a estas medidas (**hipótese 2**). Estas evidências são, em nossa opinião, preocupantes, já que se trata de companheiras de homens com comportamentos de risco (como a elevada taxa de hepatites víricas vem confirmar). Na verdade, muitas das mulheres que constituem o grupo de estudo acompanham, com frequência, os companheiros às consultas sendo, portanto, em princípio, alvo dos "esclarecimentos preventivos" efectuados pelos terapeutas. Os resultados obtidos levam-nos a questionar os moldes em que este aconselhamento é efectuado, bem como a sua eficácia.

Analisemos o conhecimento que as mulheres de ambos os grupos manifestam acerca das vias de contágio pelo vírus da SIDA. Se bem que 93,2% do grupo 1 e 91,0% do grupo 2 assinalem correctamente "sangue", como via de contágio, só 66,9% do grupo 1 e 61,0% do grupo 2 assinala "esperma". Por outro lado, 90,2% das mulheres do grupo 1 e 87,0% das do grupo 2 escolheram "partilha de seringas", como sendo via de transmissão,

mas só 47,5% do grupo 1 e 47,0% do grupo 2 apontam “partilha de lâminas de barbear” e apenas 21,3% do grupo 1 e 17,0% do grupo 2 “partilha de escova de dentes”. Contudo, 7,8% das mulheres do grupo 1 e 11% das do grupo 2 pensam poder apanhar SIDA através de tampas de sanita...

Estes resultados despertam-nos algumas reflexões, não só em termos do que nós, psicoterapeutas de clientes toxicodependentes, estaremos a conseguir fazer chegar, em termos de mensagens preventivas, aos nossos doentes e às suas famílias, mas levam-nos, igualmente, a interrogar o real impacto e eficácia das campanhas preventivas gerais, de que são alvo, por exemplo, as mulheres do grupo de controlo. O facto de mais de um terço de qualquer dos grupos não se aperceber de que o esperma é uma via de contágio do vírus da SIDA, tem implicações alarmantes. Ao termo-nos apercebido destes números no caso do grupo 1, a nossa primeira ideia foi a de que, eventualmente, nas mensagens preventivas que passamos em consulta, poderíamos estar a enfatizar as questões ligadas ao consumo (já que um elevado número de mulheres deste grupo assinalava “sangue” e “partilha de seringas” como factor de risco), esquecendo-nos, um pouco, de que os toxicodependentes são seres sexuados e sexualizados (o que ficou bem patente, já que apenas 6 mulheres do grupo 1 vs. 2 mulheres do grupo 2, não tinham tido relações sexuais nos últimos 6 meses). Contudo, quando analisámos os resultados

do grupo de controlo, fomos obrigados a aventar outras possíveis explicações. Será que a palavra “esperma”, comumente utilizada nas campanhas de prevenção, é adequadamente compreendida pela generalidade das pessoas, faz parte do seu vocabulário, o seu significado é de fácil apreensão? Pensamos que seria útil investigar cuidadosamente a adequação do nível de linguagem e da terminologia empregue, quer pelo técnicos de saúde quer nas campanhas gerais de prevenção.

Por outro lado, a alta percentagem de mulheres de ambos os grupos que assinalam “sangue” e “partilha de seringas” não nos deve dar uma sensação de tranquilidade, já que poderá, em parte, não ser mais do que o “eco” do que estas mulheres ouvem, tanto em consulta como nos diversos materiais de prevenção. Dizemos isto por estarmos convictos de que, se verdadeiramente os sujeitos tivessem percebido e interiorizado que o sangue é uma via de transmissão, para além da partilha de seringas, deveriam assinalar fortemente a partilha de lâminas de barbear e de escovas de dentes, o que não acontece. Urge uma avaliação cuidadosa das metodologias de transmissão e processamento de informação e dos seus reais resultados. Em causa está, também, como habitualmente, a predominância do fornecimento de informação, com estratégias de intervenção. A ineficácia e, por vezes, a contraproducência de tal abordagem tem sido, como já referido antes, amplamente comprovada no

que diz respeito à sua capacidade para contribuir para mudanças psicossociais.

Debruçando-nos, concretamente, sobre o grupo de mulheres dos heroíno-dependentes, há vários dados que nos parece importante tomar em consideração. No que diz respeito ao consumo dos parceiros, verificamos que, embora em média estes homens consumam há 6,6 anos, as suas mulheres só tomaram, em média, conhecimento desses consumos há 3,6 anos, o que significa um extenso período de desconhecimento do risco que ambos poderão ter estado, eventualmente, a correr.

Ainda no que diz respeito ao risco, a grande maioria das mulheres sabe qual a droga utilizada pelo companheiro (não esquecer que foram seleccionados só os casos cuja principal droga de abuso era, segundo o terapeuta, a heroína). No entanto, sete destas mulheres pensam que o seu parceiro não consome heroína: duas acham que a cocaína é a droga de abuso, uma cocaína e álcool, uma haxixe e álcool e três só haxixe. Este dado leva-nos a pensar que estas mulheres não estarão alerta para a eventualidade de os seus parceiros fazerem consumos injectáveis, já que, habitualmente, nenhuma das drogas referidas tem o "chuto", como via de consumo de eleição. De facto, entre a população dependente que procura os nossos serviços, quando consumida sozinha (e portanto não na mistura

com heroína, conhecida por *speed-ball*, que é injectada), a cocaína fuma-se primordialmente “em base” (muito semelhante ao famoso *crack* americano) ou “snifa-se”.

Parece-nos de realçar que é do conhecimento de quarenta e sete mulheres (45% do grupo 1) que os seus maridos utilizam (também) cocaína. Seria útil, em futuras investigações, tentar perceber se estas mulheres estão a par das implicações, em termos da probabilidade de comportamentos sexuais de risco, que os consumos de cocaína (sobretudo “em base”) acarretam, como já referimos.

Em termos de via de consumo, há, como vimos, uma concordância muito grande entre os terapeutas e as companheiras. É de salientar, contudo, que o que foi por nós perguntado aos terapeutas foi a principal via de consumo, pelo que, nos casos referidos como fumando habitualmente, pode haver, ou ter havido, consumos injectáveis esporádicos, que não foram analisados. Em estudos posteriores, será importante tomar este factor em consideração, pelas suas óbvias implicações, em termos de possibilidade de infecção por HIV/Hepatites (até porque, há uma boa probabilidade de que, quem se injecta esporadicamente, o faça em situações de “desespero”, o que poderá condicionar fortemente os cuidados com o equipamento de injeção a utilizar, ou com o parceiro com quem eventualmente se injecta).

É igualmente relevante verificar que, embora as mulheres que sabem que os seus maridos se injectam, tenham uma percepção do risco de infecção por DTS significativamente superior à das mulheres cujos companheiros fumam a droga, tal conhecimento não se traduz por uma maior utilização de medidas de prevenção eficazes. Aliás, falando das medidas de protecção, é de salientar que 66% das mulheres deste grupo nunca tinha usado o preservativo nos últimos seis meses. Por exemplo, de entre as mulheres que sabem que o seu parceiro está infectado com o vírus da hepatite, a larga maioria não usa o preservativo de forma consistente, havendo apenas uma mulher que afirma utilizá-lo sempre que tem relações. A única mulher deste grupo cujo marido está infectado com o vírus da SIDA, facto que é do seu conhecimento, declara nunca utilizar preservativo. De salientar é, igualmente, que apesar de as mulheres do grupo 1 assinalarem significativamente mais do que as do grupo 2 que elas próprias e os seus companheiros estão em risco de se infectarem com hepatites víricas e com o HIV, tal percepção não se traduz por cuidados preventivos diferenciais entre os dois grupos. Factores de diversas ordens, alguns dos quais já foram referidos nesta discussão e na literatura, bem como outros cuja influência nos pode ter escapado, intervêm na explicação destes resultados e mereceriam posteriores investigações específicas aprofundadas.

O facto de ser ter como companheiro um homem toxicodependente — que quer o grupo 1 quer o grupo 2 consideraram ser uma população muito afectada pela SIDA — não parece ter qualquer implicação quanto à frequência do uso do preservativo, que não apresenta diferenças significativas entre os dois grupos. De igual modo, os dois grupos são comparáveis quanto às precauções que tomariam se pensassem ou soubessem que o companheiro estava infectado com o HIV. Um dado que se salientou, foi a elevada percentagem de mulheres que, em ambos os grupos, afirma não saber o que faria neste caso (trinta e cinco mulheres do grupo 1 e trinta do grupo 2). Não é possível saber se a escolha desta opção tem a ver com dificuldades emocionais face a uma hipotética situação grave para um ente querido, ou se traduz um real desconhecimento das adequadas medidas a adoptar. Em qualquer dos casos seria útil clarificar esta situação e procurar ajudar a resolvê-la eficazmente.

A ideia do recurso ao *safer sex* é extremamente impopular em ambos os grupos — apenas três mulheres (uma do grupo 1 e duas do grupo 2) se inclinam por esta opção. Seria importante trabalhar as questões do sexo seguro, em futuras acções de prevenção, reflectindo sobre o que poderá estar subjacente a esta situação e fomentando a capacidade de comunicação e negociação a nível sexual já que, por exemplo, em ambos

os grupos, quando o preservativo é usado, é-o, na grande maioria das vezes, por acordo mútuo. Assim, seria imprescindível, não só trabalhar com o casal no sentido de modificar padrões de interacção problemáticos e por vezes disfuncionais e cristalizados, mas também, e sobretudo, os aspectos que dizem respeito às relações de poder e aos papéis de género no seu interior. Poderia ser importante investigar se, como Koblinsky e Palmeter (1984) encontraram, uma visão mais conservadora do papel social da mulher dificulta as negociações quanto ao tipo de práticas sexuais e à adopção de medidas de prevenção. A baixa frequência com que alguns comportamentos sexuais foram descritos pelas mulheres da nossa amostra (e.g. relacionamento sexual sem coito; uso do preservativo) e a homogeneidade com que outros foram escolhidos, não nos permitiu uma adequada análise desta questão, que nos parece ser crucial investigar, de forma mais discriminativa, em futuros trabalhos.

No que diz respeito à avaliação do risco que o seu parceiro e elas próprias têm de se infectar com o vírus das hepatites ou HIV, como seria de esperar, as mulheres do grupo 1 estimam-no como significativamente maior do que as mulheres do grupo 2, o que, no entanto, não se traduz, como já salientamos, numa maior utilização de medidas preventivas.

Também em relação ao grupo 1, parece-nos haver uma grande discrepância entre os indicadores de diferentes respostas. Assim, embora os toxicodependentes apareçam como o segundo grupo mais escolhido em termos de estar em risco de infecção pelo HIV, 71% das mulheres dizem que os seus companheiros têm pouco ou nenhum risco de se infectarem, quase como se “drogados” fossem os outros e não os seus maridos... Apesar das suas implicações serem graves, estes resultados encontram eco (e eventual explicação) na literatura. Mendes-Leite (1994), a propósito de relacionamentos homossexuais, fizera já notar que, no discurso de prevenção, é o Outro que representa o perigo, e é face a Ele que temos que estar em guarda. Ora, quando esse Outro é o homem que amamos, é muito difícil pensar nele como perigoso. Daí o recurso a todo o tipo de estratégias psicológicas de negação, racionalização, auto-engano, e às protecções imaginárias, que já abordámos. Também McKirnan, Ostrow e Hope (1996) chamam a atenção para a influência dos elementos emocionais envolvidos no risco sexual. Dizem os autores, igualmente a propósito de relações homossexuais, que o sexo não protegido, com a pessoa com quem se está emocionalmente envolvido, é frequente, apesar de as pessoas estarem conscientes de estarem a correr um risco. Esta situação seria explicada por uma sensação de segurança que advém do “amor”, e por uma aversão a ter que estar continuamente consciente da

existência de risco e de normas sexuais restritivas com a pessoa que se ama.

A percepção do risco poderá igualmente estar falseada pela altíssima percentagem de fidelidade conjugal que as mulheres de ambos os grupos crêem existir por parte dos seus parceiros. Se acreditam na fidelidade sexual dos seus companheiros, e não tiverem elas próprias comportamentos de risco sexual ou de consumos, não se vêem como mulheres em risco e, como tal, não será provável que utilizem medidas de protecção. No caso concreto das companheiras dos toxicodependentes, será difícil negociar comportamentos seguros sem que isso implique a noção de que estão a desconfiar de que os maridos voltaram a consumir, estão a injectar, etc..

Um outro facto preocupante quanto à percepção dos riscos que podem correr, tem a ver com a discrepância entre o número de hepatites apontadas pelos terapeutas e o que as mulheres referem. Assim, segundo os terapeutas, há quarenta e quatro casos de hepatites víricas entre os companheiros destas mulheres, mas apenas quinze delas afirmam sabê-lo. Preocupante é, também (e sobretudo!), que vinte e sete mulheres não saibam se o seu parceiro está ou não infectado com o vírus das hepatites ou o HIV (contra apenas oito da população de controlo), com o eventual estado de ansiedade que uma situação deste tipo habitualmente acarreta.

Estes dados, no seu conjunto fazem-nos reflectir sobre a necessidade de negociar a maneira de transmitir os resultados analíticos de forma eficaz. Um dos caminhos poderá ser o fomentar a comunicação entre o casal de forma a que, o parceiro infectado, revele ao outro o seu estado. Uma outra via poderá passar por obter a anuência do cliente para que as análises sejam reveladas e explicadas a ambos os membros do casal em consulta.

Se, quer a estimativa de risco do parceiro se infectar pelo HIV/Hepatites quer a estimativa do seu próprio risco são, como vimos, baixas, isto quer dizer que se trata de uma ameaça para a saúde que não é relevante para estas mulheres, o que tem como implicações uma baixa adesão à medidas de prevenção adequadas (como apontam os resultados).

Ainda no que concerne as percepções de risco, e apesar de, no seu conjunto, não haver diferenças significativas entre os dois grupos, é de notar que 32% das mulheres do grupo 1 pensam existir muito ou muitíssimo risco no convívio social com alguém infectado com o vírus da SIDA. Estes resultados, apesar de reveladores de um elevado grau de medos inapropriados, são semelhantes aos obtidos, por exemplo, por DiClemente e colaboradores (1990), que, num inquérito anónimo a estudantes universitários, encontraram 35% de sujeitos que expressavam receio de contacto social com colegas infectados. No entanto, no nosso estudo, das mulheres do grupo 2, "apenas" 19% acham que existe muito ou muitíssimo

risco de convívio social com pessoas HIV positivas. Uma vez que não foram encontradas diferenças entre os dois grupos quanto ao seu conhecimento no que diz respeito às vias de transmissão da SIDA, nem quanto aos grupos que escolhem como sendo os de maior risco, provavelmente, existirão outras explicações para os resultados expressos. Uma dessas hipóteses explicativas, que carece de posterior confirmação, poderia ter a ver com a proximidade ou distância que cada pessoa sente ter face aos grupos identificados como "de risco" (Fish & Rye, 1991). Assim, talvez as mulheres do grupo de controlo se sintam mais distantes, por exemplo, dos toxicod dependentes (por elas assinalado como o grupo de maior risco), estimando assim como menor (porque menos provável) o risco de convívio com alguém infectado...

Gostaríamos ainda de salientar um outro facto que veio à luz, e que se prende com o desejo de procriar. Quando inquiridas quanto às principais razões da relação com o seu companheiro, três mulheres do grupo 1 e duas do grupo 2, que não têm filhos, dizem serem eles um dos factores que as leva a manter a união. Algumas delas explicitam mesmo "quero ter filhos dele". No caso dos casais em que há problemas de toxicodependência, podemos, por vezes, esquecer-nos de que estamos a lidar com casais em risco, mas que constituem, também, em contra partida, casais estáveis e

jovens, em que a vontade de ter filhos pode comprometer, obviamente, o recurso às medidas de protecção das DTS, o que deve ser ponderado. Como já fizera notar Lachowsky (1995), no seu trabalho como ginecologista, o desejo que muitas mulheres têm de engravidar e ter filhos é muito intenso, mesmo sabendo-se HIV positivas, ou tendo um companheiro HIV positivo, o que só se consegue, de facto, através da sexualidade.

Apesar de só um número reduzido de mulheres dizer sentir-se em risco de consumir drogas, parece-nos importante reflectir acerca de alguns dos resultados obtidos. Assim, é de realçar que significativamente mais mulheres do grupo 1 tiveram antecedentes de consumo de drogas; que as mulheres que mantêm consumos no presente são todas do grupo 1; que 71% das mulheres deste grupo, em que foi possível determinar com quem começaram a consumir, o fizeram com o seu companheiro; que uma das estratégias de *coping* mais utilizadas pelas mulheres deste grupo, o Escape/Evitamento, pode remeter para comportamentos de tipo adictivo. Ponderados estes diversos indicadores, parece-nos, portanto, legítimo pensar que constitui para nós, psicoterapeutas, uma obrigação ter em mente as mulheres dos toxicodependentes como um grupo em risco de iniciar consumos de drogas ilícitas e agirmos em conformidade.

Na introdução teórica a este trabalho de investigação, fomos fazendo referência a alguns factores que poderiam contribuir para a existência de risco — de consumo de drogas ilícitas e de infecção por hepatites víricas e HIV — para as mulheres dos toxicodependentes. Não obstante a influência de alguns destes factores se fazer sentir igualmente nas mulheres da amostra de comparação, o problema põe-se com particular acuidade para as mulheres do grupo de estudo, que têm como companheiros homens com comportamentos de risco (como o prova a elevada prevalência de hepatites víricas e o progressivo aumento de HIV positivos) (Comissão Nacional de Luta Contra a Sida, 1997b).

Analisemos agora os resultados obtidos em termo de satisfação marital e estrutura conjugal, padrões de *coping* e posicionamento face ao papel social da mulher. A hipótese colocada de que as mulheres dos toxicodependentes apresentariam um maior grau de insatisfação conjugal (**hipótese 4**) foi confirmada. Os resultados da aplicação do MACES III, nas suas versões casal real/casal ideal, apontam para o facto de a sensação subjectiva de felicidade, de satisfação e prazer experienciada por um dos cônjuges quando toma em conta os aspectos actuais do seu casamento (Olson *et al*, 1989) — a satisfação marital — ser significativamente menor

para as mulheres do grupo 1 (uma vez que a discrepância casal real/casal ideal, considerada como índice de satisfação conjugal, e traduzida na variável FDT_{total}, foi maior). Estes resultados não são surpreendentes, se nos reportarmos ao que acontece com as mulheres dos alcoólicos e com as vítimas de violência, e se os enquadrarmos no seu contexto sociocultural. Nunca é demais lembrar, como acentua Marcia Westkoot (1986), que o imperativo da mulher cuidadora, culturalmente criado, tem como consequência o direito do homem aos cuidados da mulher. Esta crença interiorizada de que o bem estar físico e emocional dos outros são tarefa e responsabilidade suas, faz com que um fracasso a esse nível (como é ter um homem "drogado") seja um duro golpe na auto-estima feminina. Por outro lado, e como ficou evidenciado nas escolhas das mulheres da nossa amostra, mais de metade destas mulheres provavelmente "desresponsabiliza" o toxicodependente face ao seu problema, ao pensar nele como um fraco ou um doente. Assim, e apesar de globalmente muito mais infelizes na sua relação conjugal do que as mulheres da amostra de controlo, as mulheres dos dependentes de opiáceos poderão ter extrema dificuldade em abandonar o companheiro e em quebrar a sua prescrição social de cuidadoras, já que, para além da derrota e desgaste emocional profundo que o desfazer da relação implica, há toda uma carga social de penalização face à mulher que ousa "transgredir", sobretudo se tem "à sua

guarda" um homem do qual é suposto cuidar. Esta situação pode ser particularmente relevante se, como ficou evidenciado nos resultados, a atitude destas mulheres face aos papéis tradicionais de género for mais de conformidade do que de desafio. Nesta situação, o problema "o que é que os outros vão pensar de mim?" torna-se um fortíssimo regulador de conduta (Schaefer, 1986), fazendo com que o indivíduo coloque muitas vezes as suas próprias necessidades e desejos enquanto pessoa em segundo plano, para cumprir "o seu dever".

Os valores significativamente mais baixos obtidos para o grupo 1, quer na dimensão **coesão** quer na dimensão **adaptabilidade** da escala, sugerem, de acordo com Olson (1994), sistemas maritais disfuncionais, com pouca flexibilidade em termos de regras e papéis, e com *deficit's* a nível dos laços emocionais e dos sentimentos de proximidade para com o outro (à semelhança do que este autor já tinha encontrado para as famílias em que há problemas de alcoolismo).

Quais serão as implicações destes resultados?

Como já referimos, à luz da teoria sistémica (Steinglass, 1985; Július & Papp, 1985), os membros da família em que há um problema de dependência química estão muitas vezes aprisionados em papéis fixos, centrados no consumo. Acontece que este tipo de interacção cristalizada, não só, muitas vezes, contribui para que a situação se perpetue, como

deixa pouca ou nenhuma flexibilidade aos participantes para "ensaiarem" outros métodos de resolução de problemas. Como discutiremos adiante, a tendência encontrada entre as companheiras dos dependentes de opiáceos para empregar preferencialmente uma constelação específica de estratégias de coping, algumas das quais não conduzem, habitualmente, a uma modificação positiva das situações, pode revelar-se uma causa e uma consequência de um sistema marital rígido e disfuncional. É neste contexto de "armadilha" em papéis fixos, em que, para que a relação não se quebre e se atinja uma homeostase, cada um dos seus membros aprende a retirar benefícios secundários da situação, que conseguimos compreender as complementaridades santa/pecador, mãe/filho, etc., que por vezes encontramos em consulta.

Por outro lado, o distanciamento emocional que estas mulheres sentem existir na sua relação, tem sido encontrado igualmente entre os dependentes do álcool e, em nossa opinião, acarreta, também, diversas consequências às quais devemos estar atentos. Em primeiro lugar, e de um ponto de vista pragmático, uma mulher que sente o seu parceiro como emocionalmente indisponível, tendo como objecto de amor principal a droga e não ela (Norwood, 1986; Bergeret, 1982) pode experienciar sérias dificuldades a nível da comunicação, sobretudo no que diz respeito à intimidade necessária para poder falar sobre comportamentos sexuais

alternativos, uso do preservativo, etc.. Se, como diz Kaufman (1991) ao referir-se aos casais em que o homem é alcoólico, o padrão de comunicação dos casais quimicamente dependentes se caracteriza por interacções negativas, em que ambos dão e recebem menos afecto, parece pouco credível que, magicamente, haja uma profunda, íntima e focalizada comunicação na esfera da sexualidade. Como é evidente, em casais em que um dos seus membros se envolve frequentemente em práticas de risco de infecção por hepatites ou HIV, a falta de capacidade de comunicar/negociar o estilo de vida sexual torna-se problemático.

A insatisfação/infelicidade experienciada por estas mulheres na sua relação marital, faz-nos igualmente reflectir sobre outro tipo de riscos. Como já referimos, um dos principais factores desencadeadores de reacções depressivas nas mulheres é o fracasso das relações afectivas, pelo profundo atingimento que implica para a auto-estima feminina (Afonso, 1991; Nadeau, 1986). Como Velleman e colaboradores (1993) salientam, é frequente que os familiares proximos de dependentes, essencialmente os de drogas ilícitas, experienciem sentimentos de esgotamento, ansiedade, isolamento, confusão e desesperança, com uma consequente quebra na confiança e na comunicação e com repercussões a nível da esfera sexual. O uso de drogas conduz, então, a uma deterioração das relações íntimas, quer para os homens quer para as mulheres (Newcomb, 1994), traduzida

muitas vezes nestas últimas por baixa autoestima e depressão (Moss, Finney & Gamble, 1982; Nadeau, 1986; Velleman *et al.*, 1993). Dizem O'Farrel, Choquette e Birchler (1991), que a prática clínica revela que as mulheres tentam, por vezes, lutar contra a sintomatologia provocada pelo fracasso em estabelecer relações afectivas estáveis recorrendo a "alívios químicos". Ora, no caso das mulheres de toxicodependentes, dada a proximidade (Taylor, Wilbur & Osnos, 1966), esses químicos podem muitas vezes ser as drogas ilícitas. A prática de beber com o marido alcoólico, já anteriormente referida (Blankfield, 1991), bem como a tendência para aumentar consumos de álcool, drogas, ou comportamentos equivalentes, como comer demais, encontrada por Velleman e colaboradores (1993) nas esposas dos quimicamente dependentes, confirmam esta eventualidade.

Um outro dado que nos parece revelante debater, tem a ver com a classificação funcional da relação que as mulheres dos toxicodependentes da nossa amostra mantém com o seu companheiro. Na realidade, e como diversas investigações, na área do alcoolismo, já tinham evidenciado, há diferenças significativas entre os casais dos dois grupos, com as mulheres da população de controlo a percepcionarem mais a sua relação marital como equilibrada ou moderadamente equilibrada. Olson e colaboradores (1983) tinham, igualmente, obtido resultados que apontavam para a disfuncionalidade dos casamentos alcoólicos.

O facto de as diferenças mais pronunciadas entre as mulheres dos dois grupos se encontrarem ao nível da discrepância entre o casal “percebido” e o casal “ideal” (diferenças mais acentuadas do que entre os dados obtidos em termos do casal “real”, entre os dois grupos), indicando as mulheres dos toxicodependentes o desejo de maior proximidade e flexibilidade, vem reforçar a ideia do risco que decorre para a Mulher, do falhanço relacional, mas, também, nos leva a reflectir sobre o modo como predominantemente poderão estar a lidar com esta situação. De facto, como discutiremos adiante, e já referimos, uma das estratégias mais consistentemente utilizada pelas mulheres do grupo 1 é o *coping* por Escape/Evitamento, que compreende estratégias de *wishful thinking*. Pode acontecer que estas mulheres idealizem frequentemente uma melhor relação como uma solução mágica para o problema que as afecta.

Em futuras investigações, seria útil poder avaliar igualmente a percepção que o próprio dependente tem da sua relação marital, o que possibilitaria obter uma visão mais fiel e rica do relacionamento destes casais, e planear uma abordagem mais eficaz. Contudo, como salientam Daniel Sampaio e colaboradores (1993), o interesse das informações fornecidas por um só sujeito tem sido demonstrado, permitindo adequar a intervenção terapêutica às necessidades específicas assim identificadas, apesar da dupla relativização das inferências a fazer, por se tratar da

avaliação de uma só perspectiva de um dos membros do casal e por se ter procedido, neste caso, como já assinalado antes, à avaliação da percepção, como indicador da relação, e não da relação conjugal propriamente dita.

Os resultados obtidos com a *Attitudes Toward Women Scale* confirmam a hipótese colocada de que os dois grupos de mulheres investigadas não se diferenciam quanto à sua visão face ao papel da mulher na sociedade actual (**hipótese 5**).

A comparação dos dados obtidos para as mulheres portuguesas com os da amostra norte americana investigada por Margaret Nelson, apontam para o facto de as atitudes da mulher portuguesa em 1996 serem significativamente mais conservadoras do que as das mulheres norte americanas em 1988... Este resultado não é surpreendente e é consentâneo com as conclusões do estudo de Adélia Costa (1992), face às representações sociais de homens e mulheres, em que se afirma "(...) *persistem algumas inexplicáveis distinções entre o que é próprio do homem e da mulher, entre aquilo que fica bem ou mal a uma mulher, entre os comportamentos que são esperados para um e para outro sexo*" (p. 133), com todas as implicações que daqui advém em termos da desigualdade de poder nas relações homem/mulher: as dificuldades de negociar práticas

sexuais seguras e uma maior incapacidade para modificar as condições da sua relação conjugal.

Como já referimos, também a hipótese de que as mulheres dos heroíno dependentes (à semelhança de que a literatura aponta para as mulheres dos alcoólicos e para as vítimas de violência conjugal) utilizam preferencialmente um padrão de *coping* diferente do das mulheres da amostra de controlo, obteve confirmação (**hipótese 3**).

Assim, as mulheres do grupo 1 recorrem significativamente mais a estratégias de *coping* confrontativo, de procura de apoio social, de escape/evitamento e de auto controlo.

Os resultados encontrados parecem ser consentâneos com os das diversas investigações sobre *coping*. Folkman e colaboradores (1986), ao estudar a possível existência de estratégias de *coping* diferenciais consoante as situações desencadeadoras de *stress*, encontraram que em situações em que o bem estar da pessoa amada está em jogo (como é o caso!), os sujeitos utilizam preferencialmente o estilo confrontativo e o escape/evitamento e muito pouco o planeamento da resolução do problema e o distanciamento. A escassa utilização destas últimas estratégias, quando em situações que envolvem entes queridos, pode, segundo os autores, dever-se ao facto de, nestas circunstâncias, ser muito difícil às pessoas

pensar num plano racional, e, por outro lado, dada a intensidade dos sentimentos envolvidos, não conseguem “desligar” emocionalmente.

Por outro lado, as investigações (Folkman & Lazarus, 1988) também apontam para o facto de, em situações muito *stressantes* e que envolvem riscos (independentemente do seu tipo) — no qual nos parece caber a situação de toxicodependência do marido, que estas mulheres vivenciam — as estratégias de *coping* mais comumente utilizadas serem o auto controlo, o escape/evitamento e a procura de apoio social (que é também exactamente o que se passa com as mulheres do grupo 1). Convém salientar que, ao entregar o questionário, a larga maioria das mulheres do grupo de estudo comentou ter pensado no problema do marido ao preencher o WCQ, e algumas até escreveram, no fim da folha, esta questão... Pelo facto de estas mulheres terem optado (pelo menos até ao momento em que a investigação ocorreu) por ficarem ao lado dos seus companheiros toxicodependentes, pensamos ser legítimo inferir que sentem ser esta uma situação que devem, de alguma forma, aguentar. Ora, mostram os estudos, em situações em que o sujeito *hold-back*, a estratégia de *coping* auto-controlo (que acompanhava o *coping* confrontativo e o escape/evitamento que as situações de alto *stress* envolvendo a pessoa amada implicam), é utilizada para permitir à pessoa o autodomínio necessário para não “se perder” num contexto que dificilmente consegue

dominar (Lazarus, 1993). Pensamos que algo parecido poderá acontecer com as mulheres dos dependentes de opiáceos no nosso estudo.

Também em situações que envolvem uma ameaça à autoestima própria (como pode ser o caso do que acontece a estas mulheres quando confrontadas com a "sua" incapacidade para tirar o marido da droga e fazer com que relação "dê certo") há essencialmente o recurso ao *coping* confrontativo e ao escape/evitamento.

Parece-nos pertinente mais algumas reflexões acerca das eventuais implicações do padrão de *coping* diferencial utilizado pelas mulheres dos toxicodependentes.

Em primeiro lugar, é de salientar que, apesar de não devermos classificar *a priori* nenhuma estratégia de *coping* como universalmente adaptativa ou desadaptativa (Lazarus, 1993), já que a sua eficácia é contextual, ou seja, influenciada pela avaliação que a pessoa faz da situação e dos recursos necessários para lidar com ela (Folkman, *et al.*, 1985), as investigações têm encontrado que algumas são mais frequentemente desadaptativas. É o caso do *coping* confrontativo, consistentemente associado a resultados mais desfavoráveis e a um agravar do estado emocional negativo (Folkman & Lazarus, 1988). Tratar-se-ia, assim, de uma forma primordialmente desaptada de *coping* centrado no problema (algo semelhante ao *acting out*), uma vez que fracassa não só

na sua função de melhorar a relação da pessoa com o meio, mas também não consegue aliviá-la dos sentimentos desagradáveis. A expressão de raiva e hostilidade encorajada por frases como “deita cá para fora, que alivia”, parece ter como único efeito o aumento do desconforto emocional. Folkman e Lazarus (1986) chamam ainda a atenção para o facto de o uso habitual de estratégias de *coping* confrontativo poder ser um indicador de sintomatologia depressiva, já que os estudos mostram que pessoas com esta sintomatologia as utilizam significativamente mais do que as pessoas com poucos sintomas depressivos. Este indicador seria consistente com a maior probabilidade de as mulheres dos dependentes de opiáceos experienciarem sintomatologia depressiva, em virtude do seu grau de disfuncionalidade marital, que os resultados da escala MACES III evidenciaram.

Também a estratégia de escape/evitamento, muito utilizada pelas mulheres do grupo 1, é habitualmente ineficaz, sendo a estratégia encontrada como mais consistentemente desadaptativa nas diferentes investigações (Lazarus, 1993). De facto, se sonharmos ou desejarmos que as coisas magicamente se resolvam por si próprias, ou se tentarmos “afogar” a angústia que elas nos causam em álcool ou drogas, não fazemos nada de útil para as modificar. Rosengard e Folkman (1997) chamam ainda a atenção para o facto do uso de escape/evitamento, seja ele do tipo

comportamental (como o uso de álcool e drogas) ou cognitivo (sonhar acordado ou *wishful thinking*) estar associado ao aumento de sentimentos de angústia, ansiedade e depressão e a ideação suicida.

No seu conjunto, e tomando em consideração os resultados pouco adaptativos habitualmente resultantes do seu emprego, parece-nos ser de considerar a hipótese de esta constelação de estilos de *coping* ser a tradução de um nível mais "primário", menos mediado por uma cuidadosa avaliação, de funcionamento psicológico face ao *stress* do dia a dia; resultados deste tipo foram encontrados por Luthar e colaboradores (1993) entre as mulheres que tinham, elas próprias, um problema de dependência.

Por outro lado, e uma vez que várias mulheres nos referiram explicitamente terem pensado na situação de toxicodependência do seu parceiro ao preencher o questionário de *coping*, parece-nos legítimo inferir que o padrão encontrado traduzirá a forma como tipicamente lidam com o problema. Assim, seria útil poder ensaiar com estas mulheres estilos alternativos de *coping*, que, eventualmente, produzissem resultados mais favoráveis.

A conjugação dos resultados obtidos no questionários por nós construído com os revelados pela aplicação das escalas utilizadas pode,

em nossa opinião, ajudar a compreender melhor a definição das companheiras dos toxicodependentes como mulheres em risco.

Parece-nos legítimo inferir, como dissemos, com base nos nossos resultados e nos do estudo aprofundado de Adélia Costa (1992), que a mulher portuguesa (salientando que não houve diferenças entre os grupos) continua a ter uma visão mais conservadora do que liberal do seu papel social. Por outro lado (e embora estes dados não tenham sido colhidos e fosse importante obtê-los em futuras investigações), há uma boa probabilidade de os companheiros das mulheres estudadas terem uma visão do papel da Mulher na sociedade ainda mais tradicional, já que é o que, consistentemente, tem sido encontrado em todas as investigações utilizando a AWS (Helmreich, Spence & Gibson, (1982).

Quais as implicações deste estado de coisas? Pensamos serem vários e de várias ordens, como foi amplamente debatido em secções anteriores deste trabalho.

Uma visão mais tradicional do seu papel enquanto mulher condiciona fortemente o grau de iniciativa e responsabilidade que as mulheres são capazes de assumir face às suas próprias vidas. Assim, pode dificultar a decisão de quebrar uma relação disfuncional, se isso implica abandonar um homem socialmente visto como "fraco" e "doente", se isso

implica não cumprir o seu papel socialmente esperado de *caregiver* e *caretaker*. Aliás, parece-nos poder derivar daqui uma hipótese explicativa para o facto de a única diferença encontrada entre os dois grupos, em termos do que acham ser a toxicodependência, ser que as do grupo 1 escolhem significativamente mais "doença". Tendo optado (até ao momento) por permanecer ao lado do toxicodependente, talvez encará-lo como doente ajude estas mulheres a sentirem-se melhor, ao desempenhar o papel que os outros esperam delas nestas circunstâncias... Pode, igualmente - sobretudo se os seus companheiros forem ainda mais conservadores e acrescido às dificuldades que os consumos de heroína acarretam para a sexualidade - condicionar os seus valores e atitudes face à sexualidade. Koblinsky e Palmeter (1984) chegaram à conclusão que a *sex role orientation*, medida pela AWS, era um preditor significativo das atitudes e comportamentos sexuais, com as mulheres menos liberais a serem menos capazes de negociar a frequência e o tipo de práticas sexuais, bem como a utilização de medidas contraceptivas (e, dizemos nós, de medidas de prevenção das DTS). Pode, igualmente, contribuir para que sintam a relação conjugal como pouco gratificante. Wilb e colaboradores (1974) encontraram como factores importantes na satisfação da mulher com o seu "casamento" a estabilidade do emprego do seu companheiro, com o consequente aporte económico para o lar, e o apoio emocional por ele

proporcionado, resultados consentâneos com uma visão mais conservadora dos papéis de género. Eventualmente, parte da infelicidade conjugal sentida pelas mulheres dos heroinodependentes poderá resultar da sua desilusão pela completa incapacidade que muitos deles demonstram de cumprir o papel de *provider* e pela indisponibilidade afectiva que advém da relação preferencial destes homens ser com a droga e não com a sua companheira (Bergeret, 1982).

A infelicidade conjugal, aliada às consequências em termos de autoestima feminina, tem sido, como vimos, encontrada em diversos estudos (nomeadamente com mulheres de alcoólicos e vítimas de violência) como uma das principais determinantes de sintomatologia depressiva nas mulheres. Por outro lado, a sintomatologia depressiva, o ser companheira de um homem alcoólico e os fracassos relacionais aparecem, como também vimos, fortemente correlacionadas com uma maior probabilidade de a própria utilizar álcool de forma excessiva. Não será abusivo pensar que algo de semelhante se passa a nível das mulheres do nosso estudo. De facto, não só a maioria das que também consomem (ou consumiram) iniciam consumos com o companheiro, como as estratégias de *coping* mais utilizadas parecem indicar (e seria muito importante avaliar especificamente esta questão em posteriores investigações) a probabilidade de estarmos a lidar com mulheres com sintomatologia depressiva, como ainda a disfunção

e a infelicidade conjugais encontradas reforçam este panorama. A ilustrar, ficam os testemunhos de duas mulheres do nosso estudo: Sinto-me em risco de consumir “porque me sinto abandonada” e “por profunda carência afectiva, falta de sentido na vida e falta de realização profissional”...

Como debatemos anteriormente, uma das questões que durante muito tempo orientou a investigação efectuada com os casais em que o homem é um dependente químico foi “que tipo de mulher se casa com este homem — alcoólico ou toxicodependente?”, que tem por corolário que há determinado “tipo” de mulheres que, pelo seu perfil psicológico (ou até psicopatológico), escolhe um homem tradicionalmente descrito como fraco, inseguro e por ela manipulável. Os estudos ao nível do alcoolismo não tem conseguido encontrar um “retrato” coerente de “mulher de alcoólico” e, como já afirmámos, não nos parece igualmente que seja viável a crença no perfil de “mulher de toxicodependente”

No sentido de contribuir com dados que ajudassem a esta reflexão (que necessariamente terá que ser alvo de investigação específica), fomos comparar os resultados obtidos pelas mulheres que já tinham conhecimento do problema do companheiro quando “casaram” com os das que só dele souberam após o casamento, no que concerne os resultados obtidos na AWS, no MACES-III e no WCQ. Não foi encontrada qualquer diferença

estatisticamente significativa entre as mulheres que escolheram “casar” com um toxicodependente e as outras. Apesar de estarmos conscientes de que pode estar a fazer sentir-se a influência de outras variáveis não controladas, não nos parece descabido poder pensar que o ajuste à toxicodependência do parceiro (traduzido por padrões de *coping* e de relacionamento conjugal distintos dos das mulheres da população “normal”), e à semelhança do encontrado por Sundgren (1978) (citada por Asher, 1992) é quase totalmente um fenómeno pós-nupcial.

As informações recolhidas parecem-nos, igualmente, vir de encontro à nossa convicção de a única utilidade do conceito de codependência ser a de, através deste termo, se tentar traduzir “(...) *a disfunctional pattern of living and problem solving which is nurtured by a set of rules within the family system*” (Subby & Friel, 1984: 32), e não qualquer perfil psicopatológico das mulheres dos dependentes.

Por último, gostaríamos de ressaltar que os resultados obtidos com o grupo de estudo não podem ser generalizáveis à população de mulheres de dependentes de opiáceos, pois que se trata de dados fornecidos por mulheres cujos maridos — quer estejam a consumir, quer abstinentes, quer em risco de recaída — estão inscritos numa consulta de tratamento. É nossa convicção que, provavelmente, as questões levantadas se colocarão com ainda maior acuidade para as mulheres cujos companheiros não se

“tratam”. Contudo, seria importante a produção de investigação empírica que abrangesse esta população e nos permitisse conhecê-la.

CONCLUSÃO

Para finalizar o trabalho, propõe-se, nesta secção, uma reflexão que, inspirada multiplamente — na revisão teórica e empírica, na nossa própria investigação e na prática profissional —, se centre, de modo privilegiado nas implicações daí decorrentes para a consulta psicológica que, como veremos adiante, se não circunscreve à actuação exclusiva junto das mulheres de consumidores de opiáceos (individualmente e em grupo), mas que se estende também ao casal, quando não à família e a outros contextos significativos de vida e de desenvolvimento destas mulheres.

Os dados recolhidos no nosso trabalho de investigação parecem apontar para carências, em termos de conhecimentos e práticas, das mulheres de ambos os grupos no que diz às questões da SIDA e das hepatites víricas. Contudo, as nossas propostas de intervenção centrar-se-ão apenas nas mulheres dos dependentes de opiáceos, já que é a este grupo que temos acesso na prática clínica do dia a dia. Para além de focarem os aspectos preventivos das DTS, as nossas sugestões procurarão intervir igualmente a nível do bem estar psicológico destas mulheres e da qualidade do relacionamento do casal. De resto, mesmo a intervenção que procura, especificamente, prosseguir objectivos preventivos da contracção de doenças sexualmente transmissíveis, não poderá, de modo algum alhear-se da consideração do casal como alvo de intervenções mais eficazes, capazes de criar condições para uma mudança sistémica. O mesmo é válido para o consumo de substâncias psico-activas. Por outro lado, e tendo como referencial uma perspectiva sistémica e ecológica do problema das dependências, apresentamos ainda algumas sugestões de estratégias de intervenção que ajudem cada membro, e o casal no seu conjunto, a enfrentar as diferentes e difíceis fases que o abandono das drogas e a modificação do *status quo* implicam.

Uma das principais limitações das teorias psicossociais que estão na base da maioria das campanhas de prevenção do HIV é o não

tomarem em consideração as implicações da desigualdade de género (Amaro, 1995).

De facto, como já dissemos, os papéis de género, os valores e as normas culturais prevalentes numa sociedade influenciam e muitas vezes moldam, o comportamento de homens e mulheres e o contexto das relações interpessoais em que os comportamentos sexuais ocorrem.

O comportamento humano, especialmente o sexual é muito mais complexo do que aquilo de que os diversos modelos têm conseguido dar conta. Há evidências cada vez maiores de que melhores conhecimentos acerca das vias de transmissão do HIV e até de que melhores competências no uso de medidas de protecção não bastam para entender e modificar a adesão das mulheres ao *safer sex* (Amaro, 1995; Catania *et al*, 1992).

Parece-nos indiscutível que as mulheres que constituem o nosso grupo de estudo apresentam carências a nível de conhecimentos, quer no que diz respeito à área das DTS quer no que se refere às dependências. Contudo, qualquer intervenção que se limite ao débito de informação, esquecendo que o indivíduo constrói activamente o sentido e o significado do que o rodeia (Norton, Miller & Johnson, 1997) e que não encare o estatuto social da mulher como um factor central na determinação do seu risco, tem poucas probabilidades de se revelar eficaz.

Sem prejuízo da constituição de grupos mistos, em que poderão ser trabalhadas questões a nível do funcionamento do casal, pensamos que seria útil fomentar a criação de pequenos grupos de mulheres, em que fosse possível abordar “entre iguais” as diversas facetas da prevenção.

Amaro (1995), na sua experiência com grupos de mulheres latinas, cujo objectivo era a redução do risco face à SIDA, refere que em 75% dos 69 grupos com que trabalhou, a questão do poder e dos papéis de género se revelou como a principal barreira à redução de risco e foi espontaneamente abordada pelas participantes^{*}. De uma forma geral, as mulheres sentiam como coacção a teimosia e a falta de vontade reveladas pelos parceiros face ao uso do preservativo e expressavam sentimentos de solidão, baixa auto-estima e falta de poder e sentiam-se impotentes para influenciar as decisões preventivas em termos de casal. No entanto, a frequência com que estes problemas foram abordados no contexto de grupos mistos foi significativamente menor, sugerindo que para as mulheres pode ser difícil e constrangedor abordar questões de poder e de papéis numa discussão com homens (Amaro, 1995).

Uma outra razão pela qual nos parece fazer sentido trabalhar com grupos, prende-se com a centralidade das relações para a mulher. O

^{*} Trata-se, como já foi afirmado antes, de uma questão que não constitui característica distintiva das companheiras de dependentes de opiáceos, mas da situação da mulher em geral, o que não significa que, nesta situação específica, o poder e os papéis de género não afectem de modo particular estas mulheres e que não devam ser considerados, em termos do *design* de estratégias de intervenção psicológica.

contacto, o diálogo e a discussão com iguais, num contexto de apoio e livre de julgamentos morais ou de valor, fomenta o estabelecimento de laços que serão importantes para fornecer o suporte necessário que ajude a ultrapassar os receios e inseguranças individuais que, inevitavelmente, vão revelar-se ao procurarmos agir sobre questões massivamente influenciadas por factores socio-culturais. De facto, para a maioria destas mulheres, uma parte importante do seu risco sexual de infecção pelo HIV ocorre no contexto da relação com o companheiro, e reduzi-lo vai implicar negociar e ser assertiva em relação ao *safer sex*. Mas, de um ponto de vista relacional, como diz Miller (1986), pode ser muito ameaçador para a mulher, já que o ultrapassar os limites impostos pelos papéis tradicionais de género — que a negociação do *safer sex* implica — a coloca frequentemente em conflito com o seu parceiro. Ora, a grande ameaça para as mulheres advém do medo da perda relacional que o conflito possa acarretar, já que é sentida “(...) *not just as a loss of a relationship but as something closer to total loss of self*” (Miller, 1986: 83). Esta situação coloca-se com particular acuidade para estas mulheres, muitas vezes já inseguras pelo elevado grau de conflito que as questões dos consumos implicam no seu dia relacional, tornando menos provável que “batahem em mais uma frente”.

A breve experiência que nos foi facultada ao longo dos meses em que colhemos os dados para esta investigação, que obrigava à

constituição efémera de pequenos grupos de mulheres de toxicodependentes, sugere-nos que este poderia ser um bom ponto de partida, pela cumplicidade, empatia e ambiente caloroso que, de imediato, vimos surgir em cada um dos grupos com que trabalhámos.

Neste contexto de intervenção, que questões concretas nos parece importante abordar e qual o modo mais adequado de o fazer?

Apesar de não haver ainda certezas quanto aos factores que são eficazes na promoção da mudança de comportamentos, sabemos quais as formas de intervenção que não são eficazes. Assim, o simples aumento de conhecimentos não produz modificações comportamentais (Greenblat, 1986), bem como não são eficazes estratégias que despertem o medo (Sherr, 1989). Pelo contrário, os estudos têm demonstrado, de forma consistente, que o apoio e a pressão do grupo de pares (Sherr, 1989) e a aquisição de competências e não só de conhecimentos (Elmslie, 1989), tomando em consideração o contexto de vida dos intervenientes (Catania *et al.*, 1992), se revelam poderosos factores de mudança.

No contexto do grupo, o uso de perguntas, em vez de afirmações é, por um lado, menos confrontativo e, ao permitir às diferentes pessoas responder, dá uma visão mais clara das suas crenças e valores e das perspectivas que cada um tem acerca da situação (Bor *et al.*, 1993). É só quando se consegue que cada pessoa fale do seu caso específico

em vez de lhe darmos informação pré-estabelecida, que pode nem ser relevante para ela, que abrimos a porta à possibilidade de mudança (Silverman *et al.*, 1992). De facto, o discurso do sujeito, exprimindo as suas crenças, expectativas, concepções e significados, não só é incontornável, como ponto de partida para a intervenção, como fornece a “matéria prima” a transformar, em termos de conteúdos e de processo de mudança psicológica. O mero fornecimento de informação passa, em geral, ao lado de tais processo e conteúdos.

De uma forma genérica, Miller (1995) enfatiza os passos a dar na eficaz promoção de mudança:

- a) Identificar e clarificar problemas, objectivos e possíveis soluções;
- b) Identificar os possíveis obstáculos à mudança, antecipando-os e criando alternativas de resposta;
- c) Desafiar os sistemas de crenças que têm permitido a manutenção do *status quo*, introduzindo novas perspectivas acerca das situações;
- d) Ajudar a identificar os recursos e as armas já disponíveis e que possam ser utilizadas nas situações a abordar;
- e) Trabalhar no sentido do alargamento das competências de comunicação/negociação interpessoal.

Como salienta Amaro (1995), todo este processo, que vai implicar que as mulheres modifiquem a sua situação, aumentando a sua capacidade negocial e a quantidade de controlo que exercem sobre o seu próprio comportamento, é difícil, penoso e exige um apoio continuado e persistente, que não se compadece com intervenções pontuais, e personalizado, por oposição à implementação rotinizada de *packages*.

Com estes referenciais em mente, e abordando-as sob as perspectivas de intervenção defendidas, há questões que pensamos ser indispensável analisar.

Uma destas questões prende-se com a certeza da aquisição/compreensão dos conhecimentos e modos de agir adequados face à problemática das Hepatites/SIDA. Importaria fomentar a discussão, com a explicitação oral perante situações concretas, das noções interiorizadas, de forma a podermos ficar seguros de que, por exemplo, uma mulher que escolhe o sangue como via de transmissão e “partilha de seringas”, como factor de risco, entendeu realmente que este risco de partilha se deve ao facto de as seringas veicularem sangue contaminado e será capaz de identificar todas as outras situações de risco (escova de dentes, lâminas de barbear, etc.).

Outra questão prende-se com a subestimação do risco que ficou patente, nas suas diversas vertentes, nas respostas destas mulheres.

Assim, seria importante que estas mulheres tomassem mais consciência dos riscos que os seus parceiros toxicodependentes (e, em consequência, elas próprias) correm; os problemas que o recurso às drogas injectáveis acarretam; a noção de que, mesmo quem consome habitualmente fumando, às vezes se injecta; a consciencialização desta evidência ao olhar para as elevadas taxas de prevalência da hepatite C entre os seus companheiros; o conhecimento do acréscimo de risco sexual entre os utilizadores de cocaína “em base”, e muitas outras, seriam questões a explorar e a responder em conjunto.

Por outro lado, seria também este o contexto para desmontar todo um conjunto de “protecções imaginárias” (Mendes-Leite, 1994) a que estas mulheres recorrem, ajudando à reformulação do seu significado e proporcionando a construção de alternativas. Ajudar a perceber que o amor que dizem sentir por estes homens não as protege de qualquer infecção, e que o precaverem-se é uma alternativa, que podem vir a ser capazes de negociar, como prova de amor e não como de falta dele. Debater que a ausência de sintomas, o “bom aspecto” do companheiro, não são sinónimo de ausência de doença e que o fazer análises, mesmo que repetidamente, não é uma medida de prevenção nem permite uma correcta estimação de risco, teriam que ser prioridades.

Seria, ainda, a ocasião para aprofundar e debater crenças comuns, entre os heterossexuais, no que diz respeito ao *safer sex*. Nomeadamente, seria importante considerar os comportamentos sexuais

alternativos como algo de potencialmente proporcionador de gratificação mútua e de uma sexualidade plena e satisfatória e confrontar a visão do sexo não prenatrativo como preliminar para o coito (Holland *et al.*, 1991) ou até como algo intrinsecamente vicioso, desajustado ou imaturo. Poderia ser útil abordar a masturbação mútua, a partilha de fantasias eróticas, etc.. Se conseguirmos que, a nível de grupo, aumente a aceitabilidade social por estas alternativas de comportamento sexual de menor risco, teremos aumentado a probabilidade de que cada uma destas mulheres se sinta mais confiante para as negociar. É evidente que um trabalho paralelo terá que ser efectuado, a nível da mudança de comportamentos e atitudes, com os companheiros destas mulheres, e, mais tarde, com os casais. Como fazem notar Pleck e colaboradores (1993), atitudes mais tradicionais face à masculinidade trazem associadas crenças e comportamentos que colocam as parceiras dos homens que as partilham em risco acrescido de uma gravidez não desejada e de DTS. Aliás, uma das mais importantes variáveis na predição do uso de preservativo nas relações heterossexuais é precisamente o impacto dos papéis de género na comunicação acerca da sexualidade e na negociação de práticas e comportamentos aceitáveis (Catania *et al.*, 1992). As atitudes de ambos os membros do casal face aos papéis de género e ao poder na relação têm que ser abordadas e desafiadas, pois, como acentuam Catania e colaboradores (1992), intervenções junto de mulheres "(...) *that focus only on condom*

enjoyment and social skills training may not be sufficient to increase condom use without taking into account other facets of their sexual relationship" (p. 286). Até ao momento, o principal método de prevenção da SIDA por via sexual continua a ser o preservativo masculino (já que a acessibilidade ao feminino é difícil em larga escala, onerosa e a sua eficácia em termos preventivos não está completamente investigada), o qual exige a cooperação do parceiro. Sem uma intervenção a nível do casal, aumentando a "maleabilidade" das atitudes sociais mais latas que influenciam as decisões sexuais, torna-se muito difícil a redução do risco.

Um outro problema que terá de ser abordado e discutido, que transpareceu nas nossas consultas e a que Amaro (1995) faz referência, tem a ver com a questão dos filhos. Ao invés de ser um desejo feminino inato, a vontade de ser mãe advém muitas vezes da interiorização de papéis de género socializados, que enfatizam o valor da maternidade como prova de competência e como mais uma forma de ligação ao seu parceiro. Esta realidade parece colocar-se com particular acuidade para as mulheres latinas, por causa do elevado valor social e cultural atribuído à maternidade (Amaro, 1995) e pode representar um obstáculo sério à diminuição do risco sexual de infecção pelo HIV pelo recurso ao preservativo.

Uma área que terá igualmente que merecer uma abordagem no contexto relacional prende-se com o risco que estas mulheres correm de iniciar consumos. Muito mais frequentemente para as mulheres do que para os homens, a iniciação e a progressão no uso de drogas ocorre no contexto de uma relação de amor, com o seu parceiro dependente (Anglin, Hser & McGlothlin, 1987; Hser, Anglin & McGlothlin, 1987), o que, segundo os autores, pode tornar mais difícil para elas parar com as drogas. Na tentativa de diminuir este risco, seria importante trabalhar com as mulheres que não consomem no sentido do despiste e da resolução de factores communmente encontradas como estando correlacionadas com os consumos: a felicidade e ajuste conjugais, os sentimentos de desesperança, incapacidade e baixa auto-estima e os sentimentos de raiva e hostilidade face à dependência do parceiro que, como já vimos, podem tornar mais provável a entrada destas mulheres no uso de substâncias psicoactivas.

No caso das mulheres que já são elas próprias toxicodependentes, seria fundamental que, para além de trabalhar os aspectos comuns às outras mulheres de dependentes, fossem desenvolvidas intervenções específicas de apoio e tratamento. De facto, é convicção de diversos autores (Davies *et al.*, 1996; Gossop *et al.*, 1995), e que nós partilhamos, que as mulheres toxicodependentes têm necessidades de intervenção diferentes das dos homens. Seria importante, por exemplo, que estas mulheres tomassem conhecimento

de que o padrão diferencial, em termos de género, de partilha de equipamento de injectar, constitui para elas um risco que muitas vezes ignoram ou subestimam. De facto, tem sido encontrado que os homens têm maior probabilidade de se infectarem com hepatites e HIV por partilha de equipamento com desconhecidos e por partilha com um maior número de pessoas do que as mulheres (Barnard, 1993). Por outro lado, as mulheres que se injectam, partilham equipamento predominantemente com o seu parceiro sexual, e têm mais dificuldade em irem elas próprias às farmácias para usufruir dos programas de troca de seringas (Hart *et al.*, 1989; Stimson *et al.*, 1986). O risco para as mulheres consumidoras por via endovenosa é então composto por terem, com maior probabilidade, um parceiro sexual que também se injecta (e que habitualmente não “partilha” só com elas...) e pelo qual podem ser infectadas quer por via sexual (sendo a transmissão homem/mulher doze vezes mais provável do que mulher/homem (Holmes, Karon & Kreiss, 1990) quer por partilha de equipamento (Gossop *et al.*, 1994; Klee *et al.*, 1990).

Os estereótipos de género que fazem com que, por um lado, a mulher tenha uma confiança quase absoluta no seu parceiro de consumos e que, por outro lado, fazem com que a sociedade olhe para a mulher toxicodependente como “mais desviante” e mais “transgressora”, inibindo-a muitas vezes de beneficiar de programas de redução de risco, terão que ser trazidas à luz e combatidos. A ter também em

consideração no trabalho com estas mulheres, são aspectos de ordem prática, que muitas vezes são ignorados: a necessidade de um local onde deixar os filhos para vir à consulta, uma maior dificuldade de reinserção na vida activa, etc..

Em suma, o nosso trabalho com as companheiras de homens dependentes terá que ter por base intervenções que tenham como objectivo não só a redução de comportamentos de risco mas também que contribuam para a modificação das raízes sociais do problema. É um objectivo que sabemos difícil e ambicioso, mas inegável.

Se conceptualizarmos o problema das dependências químicas do ponto de vista sistémico e até ecológico, é indispensável tomarmos em consideração as repercussões que, em termos do *status quo* do casal e do equilíbrio psicológico de cada um dos seus membros, uma paragem de consumos acarreta.

Dos autores que partilham esta perspectiva, seguiremos de perto, ao explorar esta questão as ideias de Ellis (1988) e Kaufman (1991).

Como já vimos, a droga torna-se, em muitas famílias, o princípio organizador central de toda a vida do sistema, criando formas de relação e equilíbrios muito próprios, que terão que ser abandonados e redefinidos. Sabemos que o quebrar de uma homeostase, mesmo que patológica e dolorosa, e mesmo tendo por base a resolução, há muito ansiada, de um problema grave, acarreta a necessidade de cada

membro do sistema se adaptar a novos papéis e exigências. Esta é uma tarefa difícil.

Vejamos, um pouco mais pormenorizadamente, as dificuldades específicas que o toxicodependente em recuperação poderá ter que enfrentar e aquelas pelas quais a sua companheira provavelmente passará.

Muitas vezes, após um período de euforia, de "lua de mel" que caracteriza os primeiros tempos de abstinência, o dependente começa a ter que lidar com o *stress* do dia a dia e com as exigências da vida familiar, "sem rede" (ou melhor, sem drogas...). Esta fase é particularmente difícil para o toxicodependente, a fazer o luto do prazer e do alívio que a substância lhe proporcionava, mas é também particularmente complicada para a sua família e, em especial, para a sua companheira. Um esforço terapêutico que vise quer a prevenção de recaídas quer o equilíbrios psicológico dos indivíduos envolvidos terá que trazer à superfície (e ajudar a lidar) com sentimentos contraditórios e confusos.

Nos primeiros meses de abstinência, o sistema familiar vê-se confrontado com a necessidade de lidar com toda uma multiplicidade de ajustes. Muitas vezes, durante o período que durou a dependência, a mulher estabeleceu defesas, papéis e formas de comunicar que lhe permitiam aguentar a situação. Quando o toxicodependente quer recuperar a sua posição na família (ou conquistá-la), muitas vezes a

família não está ainda preparada para isso. Lidamos frequentemente em consulta com esta questão, com os tempos psicológicos distintos, que levam o toxicodependente a clamar “já estou sem drogas há x tempo...” e a sua companheira a temer “ainda só está sem drogas há x tempo...”. Esta *décalage* é particularmente evidente quando a família já foi confrontada com anteriores “euforias” de cura, seguidas de estrondosas recaídas.

Acontece então que, após a breve fase de alívio para todos, começa a fase dos medos e dos ajustes penosos.

A mulher pode verificar, com surpresa e culpa, que aquilo em que tanto investiu e que tanto desejava lhe está a causar imenso sofrimento. O mesmo acontece com o dependente, que espera contínuos reforços e recompensas emocionais pelo seu esforço e se vê confrontado, ao fim de pouco tempo, com exigências que até então não lhe eram feitas. Muitas vezes ouvimos desabaços: “até parece que quando me drogava as coisas corriam melhor, ela me tratava melhor...”.

Pensamos que esta situação se deve, em larga medida, a expectativas irrealistas de parte a parte, a ambivalências difíceis de admitir e de ultrapassar, e à dificuldade de encontrar modos alternativos de interacção e de relacionamento, num contexto em que a função sistémica da droga consumida pelo companheiro já não actua.

Frequentemente a companheira, numa espécie de clivagem, atribuída à droga tudo aquilo que de mau se passava e tudo o que de

“errado” o seu companheiro fazia (“isto não é ele, é a droga...”; “ele sem as drogas é muito bom... tem um coração de ouro...”), e está à espera de que, sem droga, tudo seja perfeito, tudo se resolva. Contudo, como muitas das razões que fazem com que a relação com um homem dependente se torne disfuncional não desaparecem magicamente com a paragem dos consumos, é frequente esta mulher enfrentar fortes sentimentos de frustração, tristeza e confusão, com os quais se torna muito difícil lidar se não tiver havido uma preparação prévia e se não houver um apoio psicoterapêutico adequado. Há muitas vezes uma enorme ambivalência: por um lado, espera que finalmente o dependente assuma papéis e obrigações com as quais ela estava sobrecarregada, mas, por outro lado, pode sentir dificuldade em abdicar da sensação de competência e poder que o exercício destes lhe proporcionava. Por um lado, a droga desaparece das suas vidas, mas, por outro, ficam sem o bode expiatório de todos os problemas e frustrações e, no caso da companheira, sem os benefícios secundários que a situação anterior proporcionava. Sentem, muitas vezes, que é uma fase na qual os seus companheiros precisam de ajuda, mas, ao mesmo tempo, é muitas vezes também esta a altura em que se podem dar “ao luxo” de “quebrar” e cobrar todos os maus momentos que atravessaram...

Assim como é fundamental ajudar o indivíduo em recuperação a enfrentar o *stress* e as dificuldades sem o recurso a substâncias psicoactivas, ajudá-lo a entender que, ao fim de pouco tempo, as

pessoas deixam de o reforçar constantemente por ele ter abandonado a sua “preciosa droga” e encaram a abstinência como a sua obrigação, também é imprescindível apoiar a sua companheira. Parece-nos importante preparar ambos para o que vai acontecer, para o facto de que o que têm que enfrentar não vão ser só alegrias e que é perfeitamente normal, natural e esperado que sintam confusão de sentimentos e desejos, fases melhores e piores, mas que tudo isto acontece porque qualquer mudança, mesmo muito desejada, implica novos ajustes e novos equilíbrios, que são sempre difíceis e implicam grande flexibilidade e cooperação de ambos. Parece-nos fundamental ajudar o casal a enfrentar estes novos desafios mas também, igualmente, proporcionar a cada um deles um espaço em que possam, sem receio de magoar o outro, dar livre curso às suas dúvidas, temores, raiva e frustrações face a uma situação magicamente investida como é a paragem das drogas.

Em conclusão, torna-se necessário, nas diferentes situações possíveis em que estes(as) sujeitos(as) se possam encontrar, desenvolver estratégias de intervenção, visando objectivos, que possam ir ao encontro das suas diferentes necessidades:

- a) Promover o desenvolvimento pessoal de ambos e do casal, como um todo, e a sua qualidade de vida psicossocial;

- b) promover mudanças psicológicas no sentido da diminuição dos riscos a que elas (e eles) se encontram expostos, no que se refere à infecção por doenças sexualmente transmissíveis e ao consumo de substâncias psico-activas;
- c) intervir junto do casal (e da família) nas várias fases envolvidas no processo de desintoxicação e abandono dos consumos.

Tais mudanças operam-se a vários níveis e junto de distintos alvos de intervenção (indivíduo, casal, família, outros contextos de vida). Assim, mudanças nas estratégias habituais de *coping*, no sentido de diversificar a amplitude do leque de escolhas disponíveis e da utilização daquelas que, tendencialmente, se mostram mais adaptativas nestas situações e em referência a esta problemática, contribuem para a melhoria do bem estar psicológico e para o *empowerment* das mulheres que se vêm envolvidas neste tipo de relação. No entanto, terão de ser articuladas com mudanças sistémicas no funcionamento do casal, tendo em vista o equilíbrio entre a autonomia dos cônjuges e a qualidade dos seus laços emocionais e a adequada flexibilidade e permabilidade da sua relação (face ao outro, à droga, á família, etc.). De facto o estudo anteriormente descrito, ao evidenciar as diferenças específicas destas mulheres e casais, sugere modos de actuação adaptados às necessidades efectivamente sentidas. O mesmo é válido para a dimensão de poder e de maior ou menor liberalismo (ou

conservadorismo) presente nestas relações. Se é verdade que as companheiras de consumidores de opiáceos não se distinguem, neste aspecto, das suas correspondentes da população geral, tal como a presente investigação evidencia, facto é que estes factores têm consequências agravadas naquele grupo particular de mulheres. A inexistência de condições mais equitativas de poder na relação, decorrente da sua “prisão” a um papel sexual mais próximo do estereótipo tradicional, impede-as de uma comunicação mais assertiva e, conseqüentemente, do desempenho mais activo quanto à evolução da relação e da problemática (consumo de opiáceos pelo companheiro).

O presente estudo, ainda que de natureza exploratória, parece pôr em destaque aspectos relevantes da situação nestas mulheres e casais quer no que se refere à melhoria da sua compreensão, apontando para hipóteses de investigação futura, quer no que respeita ao desenvolvimento de estratégias de intervenção mais adaptadas às suas necessidades e problemas.

BIBLIOGRAFIA

- Adams, D.C. (1988). Treatment models of men who batter: A profeminist analysis. In K. Yllo & M. Bograd (Eds.), *Feminist perspectives on wife abuse* (pp. 176-199). Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Afonso, H. (1991). *A afirmação pessoal no contexto relacional da mulher*. Lisboa: Organização não Governamental do Conselho Consultivo da Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres.
- Aggleton, P. (1997). Vancouver Summaries. *AIDS Care*, 9, 35-125.
- Alexander, B.K. & Dibb, G.S. (1975). Opiate addicts and their parents. *Family Process*, 14, 499-514.
- Aguiar, M. (1988). Comunicação apresentada ao Seminário "Acções Positivas: Uma aposta para a igualdade de oportunidades entre

- homens e mulheres". Cadernos da Condição Feminina (38) (pp. 75-78).
- Almong, Y.J., Anglin, M.D. & Fisher, D.G. (1993). Alcohol and heroin use patterns of narcotic addicts: Gender and ethnic differences. *American Journal of Alcohol and Substance Abuse*, 19, 219-238.
 - Amâncio, L. (1994). *Masculino e Feminino. A construção social da diferença*. Edições Afrontamento.
 - Amaro, H. (1995), Love, sex and power. *American Psychologist*, 50, 437-447.
 - American Psychiatric Association (1996). *DSM-IV: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa, Climepsi Edt.
 - Anglin, D., Hser, Y. & McGlothlin, W. (1987). Sex differences in addict careers II: Becoming addicted. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 13, 59-71.
 - Ankrah (1997). Vancouver Summaries. *AIDS Care*, 9, 35-125.
 - Arbitur, N. (1986). The culture of the drug-using woman. In *Actes du 8^e Colloque Nations sur les Femmes et la Toxicomanie*, Ontario, (pp. 210-214).
 - Asher, R.M. & Brisset, D. (1988). Codependency: A view from women married to alcoholics. *International Journal of the Addictions*, 23, 331-350.

- Asher, R.M. (1992). *Women with Alcoholic Husbands*. The University of North Carolina Press.
- Ashery, R.S., Wild, J. Zhao, Z., Rosenshine, N. & Young, P. (1997). The wheel project: Women Helping to Empower and Enhance Lives. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11, 113-121.
- Ahmore, R.D., Del Boca, F.K & Wolhers, A.J. (1986). Gender Stereotypes. In Richard D. Ashmore & Frances K. Del Boca (Eds.), *The Social Psychology of Female-Male Relations*. Academic Press.
- Bagnall, G., Plant, M. & Warwick, W. (1990). Alcohol, drug and AIDS-related risks: Results from a prospective study. *AIDS Care*, 2, 309-317.
- Bajos, N. (1997). Social factors and the process of risk construction in HIV sexual transmission. *AIDS Care*, 9, 227-237.
- Barnard, M.A. (1993). Needle sharing in context: Patterns of sharing among men and women injectors and HIV risk. *Addiction*, 88, 805-812.
- Barnett, O.W. & Fagan, R.W. (1993). Alcohol use in male spouse abusers and their female partners. *Journal of Family Violence*, 8, 1-25.
- Barr, H. (1979). The role of the family in addiction. Investigação integrada no Combined Treatment Demonstration Grant (H81-DA-01433-01).

- Baucom, D.H. & Danker-Brown (1979). Influence of sex roles in the development of learned helplessness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 928-936.
- Baucom, D.H. (1983). Sex Role Identity and the decision to regain control among women: A learned helplessness investigation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 334-343.
- Beattie, M. (1987). *Co-dependent no more*. New York: Harper & Row.
- Beckman, L.J. & Hortensia, A. (1986). Personal and social difficulties faced by women and men entering alcoholism treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 47, 135-145.
- Bellew-Smith, M. & Korn, J.H. (1986). Merger intimacy status in adult women. *Journal os Personality and Social Psychology*, 50, 1186-1191.
- Berjeret, J. (1982). Toxicomanies et psychotherapies spécifiques? *Psychotherapies*, 1, 49-56.
- Bergeret. J. (1988). La personnalité du Toxicomane. In J. Bergeret. J. Leblanc et collaborateurs (Eds.), *Précis des Toxicomanies* (pp. 63-76). Paris: Masson.
- Blankfield, A. (1991). Genetic and marital status in alcohol dependent women. *Drug and Alcohol Dependence*, 27, 95-100.
- Bograd, M. (1992). Values in conflict: Challanges to family therapist's thinking. *Journal of Marital and Family Therapy*, 18, 245-256.

- Bollerud, K. (1990). A model for the treatment of trauma related syndromes among chemically dependent in patient women. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 7, 83-97.
- Bor, R., Lipman, M., Elford, J., Murray, D., Miller, R. & Griffiths, P. (1996). HIV seroprevalence in a London same-day testing clinic.. *AIDS*, 8, 697-700.
- Brettle, R. & Leen, C. (1991). The natural history of HIV and AIDS in women. *AIDS*, 5, 1283-1292.
- Brown, T.G., Kokin, M., Seraganiau, P. & Shields, N. (1995). The role of spouses of substance abusers in treatment: Gender differences. *Journal of Psychoactive Drugs*, 27, 223-229.
- Brownell, K.D., Marlatt, G.A., Lichtenstein, E. & Wilson, T. (1986). Understanding and preventing relapse. *American Psychologist*, 41, 765-782.
- Buffum, J. (1982). Pharmacology: The effects of drugs on sexual function. *Journal of Psychoactive Drugs*, 14, 5-44.
- Bury, J. (1991). Teenage sexual behaviour and the impact of AIDS. *Health Education Journal*, 50, 43-49.
- Caplan, P.J. (1984). The myth of women's masochism. *Americam Psychologist*, 39, 130-139.
- Cappel, C. & Heiner, R.B. (1990). The intergenerational transmission of family aggression. *Journal of Family Violence*, 5, 135-152.

- Carden, A.D. (1994). Wife Abuse and Wife Abuser: Review and recommendations. *The Counseling Psychologist*, 22, 539-582.
- Cardinal, N. (1986). La femme et la toxicomanie. In *Actes du 8^e Colloque National sur les Femmes et la Toxicomanie*, Ontario (pp. 97-122).
- Carnovano, K. & Middestast (1993). Understanding women's prevention behaviour. In W.A. Smith *et al.*, (Eds.), *A World Against AIDS: Communications for Behavioural Change*. Washington DC: Academy for Educational Development.
- Carrilho, L. (1995). Meia Laranja. O que os jovens pensam da toxicodependência. Edições Afrontamento, Coleção Grand'Angular (7).
- Carroll, J.L., Wolk, K.D. & Hyde, J.S. (1985). Differences between males and females in motives for engaging in sexual intercourse. *Archives of Sexual Behavior*, 14, 131-139.
- Catania, J.A., Coates, T.J., Kegeles, S., Thomson-Fullilove, M., Peterson, J., Marin, B., Siegel, D. & Hulley, S. (1992). Condom use in multi-ethnic neighborhoods of San Francisco: the population-based AMEN (AIDS in multi-ethnic neighborhoods) study. *American Journal of Public Health*, 82, 284-287.

- Charles-Nicolas, A & Le Coggic, C. (1988). Clinique des Toxicomanies. In J. Bergeret, J. Leblanc et collaborateurs (Eds.), *Précis des Toxicomanies* (pp. 41-52). Paris: Masson.
- Chodorow, N. (1974). The family structure and feminine personality. In M.Z. Rosaldo & L. Lamphere (Eds.), *Women, Culture and Society* (53-87). Stanford, CA: Stanford University Press.
- Chodorow, N. (1974). The family structure and feminine personality. In M.Z. Rosaldo & L. Lamphere (Eds.), *Women, culture and society*, (pp. 170-203). Stanford, CA: Stanford University Press.
- Chodorow, N. (1978). *The Reproduction of Mothering: Psychoanalysis and the Sociology of Gender*. University of California Press.
- Cocores, J. (1987). Co-addiction: A silent epidemic. *Psychiatry Letter*, 5, 5-8.
- Cohen, J.B., Hauer, L.B. & Wofsy, C.B. (1989). Women and IV drugs: Parenteral and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus. *Journal of Drug Issues*, 19, 39-56.
- Cohen, M. (1991), Changing to safer sex: Personality, logic and habit. In P. Aggleton, P. Davies & G. Hart (Eds.), *AIDS: Responses, Intervention and Care* (pp. 19-42). London: The Falmer Press.
- Colker, R. & Widom, C.S. (1980). Correlates of female athletic participation: Masculinity, femininity, self-esteem and attitudes to women. *Sex Roles*, 6, 47-58.

- Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA (1997a). *SIDA - a situação em Portugal a 31/Dez/96*. Lisboa, Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis.
- Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA (1997b). *SIDA - a situação em Portugal a 30/Junho/97*. Lisboa, Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis.
- Compass, B.E. & Wagner, B.M. (1991). Psychosocial stress during adolescence: Intrapersonal and interpersonal process. In M.E. Colton & S. Core (Eds.), *Adolescent stress: Causes and consequences* (pp. 67-85). New York: Aldine/DeGruyter.
- Copeland, J., Hall, W., Dideott, P. & Biggs, V. (1993). A comparison of a specialist women's alcohol and other drug treatment service with two traditional mixed-sex services: Client characteristics and treatment out come. *Drug and Alcohol Dependence*, 32, 81-92.
- Costa, A. (1989). Toxicodependência e SIDA: Algumas considerações para a Prevenção. In *Colectânea de Textos das Taipas* (Tomo 1) (pp. 115-119). Lisboa.
- Costa, A. (1992). *Representações sociais de homens e mulheres*. Cadernos da Condição Feminina (34).
- Cowan, G. & Warren, L. (1994). Codependency and gender-stereotyped traits. *Sex Roles*, 30, 631-645.

- Coupe, J. (1991). Why women need their own services. In Ilana B. Glass (Ed.), *The International Handbook of Addictive Behaviour* (pp. 168-174). London: Routledge.
- Christopher, F.S. & Cote, R.M. (1984). Factors involved in premarital sexual decision making. *Journal of Sex Research*, 20, 363-375.
- Crowe, M. & Ridley, S. (1990). *Therapy with Couples*. Oxford: Blackwell Scientific Publications.
- Daugherty, C.G. & Dambrot, F.H. (1986). Reliability of the Attitudes Toward Women Scale. *Educational and Psychological Measurement*, 46, 449-453.
- Davies, A.G., Dominy, N.J., Peters, A.D. & Richardson, A.M. (1996). Gender differences in HIV risk behaviour of injecting drug users in Edinburgh. *AIDS Care*, 8, 517-527.
- Del Boca, F., Ashmore, R. & McManus, M.A. (1986). Gender related attitudes. In Richard D. Ashmore & Frances K. Del Boca (Eds.), *The Social Psychology of Female/Male Relations* (121-163). Academic Press.
- Del Valle, T. (1990). El sexo se hereda, se cambia y el género se construye. In Pilar Ballarín & Teresa Ortiz (Eds.), *La Mujer en Andalucía*. Granada.

- Des Jarlais, D. & Friedman, S.R. (1987). HIV infection among intravenous drug users: Epidemiology and risk reduction: *AIDS*, 1, 67-78.
- DiClemente, R.J., Forrest, K.A., Mickler, S. & Principal Site Investigators (1990). College student's Knowledge and attitudes about AIDS and changes in HIV-preventive behaviours. *AIDS Education and Prevention*, 87, 405-416.
- Doise, W. (1994). Prefácio. In *Masculino e Feminino. A construção social da diferença*. Edição Afrontamento.
- Donoghoe, M.C., Stimson, G.V. & Dolan, K.A. (1989). Changes in HIV risk behaviour in clients of syringe exchange schemes in England and Scotland. *AIDS*, 3, 267-272.
- Donoghoe, M.J. (1992). Sex, HIV and the injecting drug user. *British Journal of Addiction*, 87, 805-812.
- Durkeim, E. (1960). *De la division du travail*. Paris, PUF.
- Edman, S.O., Cole, D.A. & Howard, G.S. (1990). Convergent and Discriminant Validity of FACES III: Family Adaptation and Cohesion. *Family Process*, 29, 95-103.
- Edwards, G. (1984). Drinking in longitudinal perspective: career and natural history. *British Journal of Addiction*, 79, 175-183.

- Eisenberg, L. (1978). La repartition differentielle des troubles psychiatriques selon le sexe: In Evelyne Sullerot (Ed.), *Le fait féminin* (pp. 313-351). Paris, Fayard.
- Ellis, A. (1988). *Rational-Emotive Therapy with Alcoholic and Substance Abusers*. Pergamon Press.
- Elmslie, K.D. (1989). AIDS and Women, *AIDS Care*, 1, 219-222.
- Elwood, W.N., Williams, M.L., Bell, D.C. & Richard, A.J. (1997). Powerlessness and HIV Prevention among people who trade sex for drugs ("Strawberries"). *AIDS Care*, 9, 273-284.
- Erikson, P.G. & Murray, G.F. (1989). Sex differences in cocaine use and experiences: A double standard revived? *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 15, 135-152.
- Esteban, M.L. (1993). *La salud de las Mujeres: Nuevas preguntas para nuevas respuestas*. Comunicacion al VI Congresso de Antropologia de Tenerife: Enero de 1993.
- Esteves, M. (1992). A dependência dos opiáceos. Alguns aspectos do seu estudo numa perspectiva dimensional (o uso do Q.G.D.O.). *Dissertação de Mestrado*. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Ewing, J.A. & Fox, R.E. (1968). Family therapy of alcoholism. In J.H. Masserman (Eds.), *Current Psychiatric Therapies* (Vol. 8), (pp. 86-91). New York: Grune & Stratton.

- Ferreira da Silva, L. (1989). *L'agression psysique envers l'épouse*. Thèse pour le Doctorat Nouveau Régime. Ecole des Hautes Études en Sciences Sociales.
- Ferreira da Silva, L. (1995). *Entre marido e mulher alguém meta a colher*. À Bolina, Editores, Lda.
- Fish, T.A. & Rye, B.J. (1991). Attitudes toward a homosexual or heterosexual person with AIDS. *Journal of Applied Social Psychology*, 21, 651-667.
- Fisher, J.D. (1988). Possible effects of reference group-based social influence on AIDS-risk behavior and AIDS prevention. *American Psychologist*, 43, 914-920.
- Fitterling, J., Mateus, P., Scotti, J. & Allen, J. (1993). AIDS risk behaviours and knowledge among heterosexual alcoholics and non-injecting drug users. *Addiction*, 8, 1257-1265.
- Fonseca, J.P. (1984). *Representações Femininas nos Manuais Escolares de Aprendizagem da Leitura no 1º Ciclo de Ensino Básico*. Lisboa, CIDM, Mudar as Atitudes, (11: 79).
- Fontaine, A.M. (1995). Comunicação pessoal.
- Folkman, S. & Lazarus, R.S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behaviour*, 21, 219-239.

- Folkman, S. & Lazarus, R.S. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150-170.
- Folkman, S., Lazarus, R., Dunkel-Schetter, C., De Longis, A. & Gruen, R. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 992-1003.
- Folkman, S. & Lazarus, R. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personal and Social Psychology*, 54, 466-475.
- Fortin, M.T. & Evans, S.B. (1983). Correlates of loss of control over drinking in women alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 44, 787-796.
- Freeman, M. (1993). Prefácio. In Edith M. Freeman (Ed.), *Substance Abuse Treatment* (pp. IX-XIII). Sage Publications.
- Freud, S. (1925). Some Psychological Consequences of the Anatomical Distinction Between the Sexes. In Joan Riviere (Ed.), *Collected Papers of Sigmund Freud* (1959). New York, Basic Books.
- Fullilove, M.T., Fullilove, R.E. Haynes, K.E. & Gross, S. (1990). Black women and AIDS prevention: A view towards understanding the gender rules. *Journal of Sex Research*, 27, 4-64.

- Fullilove, R.E., Fullilove, M.T., Bowser, B.P. & Gross, S.A. (1990). Risk of sexually transmitted diseases among black adolescent crack users in Oakland and S. Francisco. *Journal of the American Medical Association*, 263, 851-855.
- Gallambos, N.L., Pettersen, A.C., Richards, M. & Gitelson, I.B. (1985). The Attitudes Toward Women Scale for Adolescents (AWSA): A study of reliability and validity. *Sex Roles*, 13, 343-456.
- Gayford, J.J. (1975). Wife battering: A preliminary survey of 100 cases. *British Medical Journal*, 25, 194-197.
- Giddens, A. (1995). *Transformações da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas*. Celta Editora.
- Gillet, C., Paille, F., Wahl, D., Aubin, H.J., Pirollet, P. & Prime, T. (1991). Outcome of treatment in alcoholic women. *Drug and Alcohol Dependence*, 29, 189-194.
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice*. Cambridge, M.A.: Harvard University Press.
- Gillman, I.S. (1980). An object-relations approach to the phenomenon and treatment of battered women. *Psychiatry*, 43, 346-358.
- Glass, D.D. (1995). *All my fault: Why women don't leave abusive men*. London: Virago Press.

- Goodwin, D. Schulsinger, F., Knop, J. Mednick, S. & Guze, S. (1977). Alcoholism and depression in adopted-out daughters of alcoholics. *Archives of General Psychiatry*, 34, 751-755.
- Gossop, M., Griffiths, P. & Strang, J. (1994). Sex differences in patterns of drug taking behaviour. *British Journal of Psychiatry*, 164, 101-104.
- Graff, R. Van Weisembec, G., Staver, G.J. & Visser, J.A. (1995). Alcohol and drug use in heterosexual and homosexual prostitution and its relation to protection behaviour. *AIDS Care*, 7, 35-47.
- Greenblat, C. (1989). An innovative program of counselling family members and friends of seropositive haemophiliacs, *AIDS Care*, 1, 67-75.
- Grossman, M. & Wood, W. (1993). Sex differences in intensity of emotional experience: A social role interpretation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 1010-1022.
- Grotevant, H. & Carlson, C. (1989). Abstracts: Whole family functioning - Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales III (Faces III). In H. Grotevant & C. Carlson (Eds.), *Family Assessment: A Guide to Methods and Measures*. The Guilford Press, 299-302.
- Haaken, J. (1990). A critical analysis of the co-dependence construct. *Psychiatry*, 53, 396-406.

- Harbian, H.T. & Maziar, H.M. (1975). The families of drug abusers: A literature review. *Family Process*, 14, 411-431.
- Harper, J. & Capdevila, C. (1990). Codependency: A critique. *Journal of Psychoactive Drugs*, 22, 285-292
- Harry, J. (1995). Sports Ideology, attitudes toward women and anti homosexual attitudes. *Sex Roles*, 32, 109-116.
- Hart, G.J., Carvell, A.L., Woodward, N., Johnson, A.M., Williams, P. & Parry, J.V. (1989). Evaluations of needles exchange in central London: Behaviour change and anti-HIV status over one year. *AIDS*, 3, 261-265.
- Hasin, D.S., Grant, B.F. & Weinflash, J. (1988). Male/female differences in alcohol-related problems in alcohol rehabilitation patients. *International Journal of the Addictions*, 23, 437-448.
- Hatfield, E. & Rapson, R.L. (1993). Dealing with emotional problems. In Elaine Hatfield & Richard L. Rapson (Eds.), *Love, Sex, and Intimacy* (pp. 298-320). New York: Harper Collins College Publihers.
- Hays, R.B., Kegeles, S.M. & Coates, T.J. (1990). High HIV risk-taking among young gay men. *AIDS*, 4,901-908.
- Helmreich, R., Spence, J., & Gibson, R. (1982). Sex-role Attitudes: 1972-1980. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 8, 656-663.
- Hingson, R.W., Strunin, L., Berlin, B & Hereent, T. (1990). Beliefs about AIDS, use of alcohol, drugs and unprotected sex among

Massachusetts adolescents. *American Journal of Public Health*, 80, 295-302.

- Hill, J.P. & Lynch, M.E. (1983). The intensification of gender-related role expectations during early adolescence. In J. Brooks-Gun & A.C. Peterson (Eds.), *Girls at puberty: Biological and psychosocial perspectives* (pp. 201-228). New York: Plenum.
- Hite, S. (1993). *Women as revolutionary agents of change*. London: Bloomsbury Publishing, Ltd.
- Hoffman, V. & Bolton, R. (1997). Reasons for having sex and sexual risk-taking: a study of heterosexual male STD clinic patients. *AIDS Care*, 9, 285-296.
- Holland, J., Ramazanoglu, C., Scott, S., Sharpe, S. & Thomson, R. (1990). "Don't die of ignorance. I nearly died of embarrassment" WRAP PAPER, 2. London: Tufnell Press.
- Holland, J., Ramazanoglu, C., Scott, S., Sharpe, S. & Thomson, R. (1991). Between embarrassment and trust: Young women and the diversity of condom use. In P. Aggleton, P. Davies & G. Hart (Eds.), *AIDS: Responses, Intervention and Care* (pp. 97-124). Falmer Press.
- Holland, J., Ramazanoglu, C., Scott, S., Sharpe, S. & Thomson, R. (1992). Risk, power and the possibility of pleasure: Young women and safer sex. *AIDS Care*, 4, 273-283.

- Holmes, K., Karon, J. & Kreiss, J. (1990). The increasing frequency of heterosexual acquired AIDS in the United States, 1983-1988. *American Journal of Public Health*, 80, 858-863.
- Hser, Y., Anglin, D. & McGlothlin, W. (1987). Sex differences in addict careers I: Initiation of use. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 13, 33-57.
- Hunt, S.M. & Martin, C.J. (1988). Health-related behavioural change: A test for a new model. *Psychology and Health*, 2, 209-230.
- Huston, T.L. & Ashmore, R.D. (1986). Women and Men in personal relationships. In Richard D. Ashmore & Frances K. Del Boca (Eds.), *The Social Psychology of Female-Male Relations* (pp. 167-210). Academic Press.
- Ickovics, J.R. & Rodin, J. (1992). Women and AIDS in the United States: Epidemiology, natural history and mediating mechanisms. *Health Psychology*, 11, 1-16.
- Ingham, R., Woodcock, A. & Stenner, K. (1991). Getting to know you... Young people's knowledge of their partners at first intercourse. *Journal of Applied Social Psychology*, 23, 117-132.
- James, S. & Hunsley, J. (1995). The Marital Adaptability and Cohesion Evaluation Scale III: Is the relation with marital adjustment linear or curvilinear? *Journal of Family Psychology*, 9, 458-462.

- Jordan, J.V. & Surrey, J.L. (1986). The self-in-relation: Empathy and the mother-daughter relationship. In T. Bernay & D.W. Cantor (Eds.), *The psychology of today's woman*, (pp. 81-104). New York: Analytic Press.
- Julius, E.K. & Papp, P. (1985). Family Chareography multigenerational wiew of an alcoholic family system: In E. Kaufman & P. Kaufman (Eds.), *Family Therapy of Alcohol and Drug Abuse* (pp. 201-213). New York: Gardner Press.
- Kabasharira, T. (1994). Japan Summaries. *AIDS Care*, 7, 71-99.
- Kalichman, S.C., Hunter, T.L. & Kelly, J.A. (1992). Perceptions of AIDS susceptibility among minority and nonminority women at risk for HIV infection. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 725-732.
- Kaplan, A. (1983). A woman's view of DSM-III. *American Psychologist*, 38, 786-792.
- Kaplan, A. (1986). The "self-in-relation": Implications for depression in women. *Psychotherapy*, 23, 234-242.
- Kaufman, E. (1985). Family Systems of Male Drug-Abusing and Drug-Dependent Individuals. In E. Kaufman & P. Kaufman (Eds.), *Family Therapy of Drug and Alcohol Abuse* (pp. 45-56). New York: Gardner Press.

- Kaufman, E. (1991). *Help at last; A complete guide to coping with chemically dependent men*. New York: Gardner Press.
- Keil, T.J. & Esters, R.A. (1982). Treatment dropouts: The effect on client and ecological factors. *International Journal of the Addictions*, 1, 95-108.
- Kelly, J.A., Murphy, D.A., Sikkena, K.J. & Kalichman, S.C. (1993). Psychological interventions to prevent HIV infection are urgently needed: new priorities for behavioral research in the second decade of AIDS. *American Psychologist*, 48, 1023-1034.
- Kirscht, J. & Joseph, J. (1990). The Health Believe Model: Some implication for behavioral change, with references to homosexual males. In V. Mays, G. Albee & S. Schneider (Eds.), *Primary Prevention of AIDS* (pp. 122-140). Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Klee, H., Faugier, J., Hayes, C., Boulton, T. & Morris, J. (1990). Sexual partners of injecting drug users: the risk of HIV infection. *British Journal of Addiction*, 85, 413-418.
- Knupfer, G. (1984). The risk of drunkenness (or *ebrietas ressurecta*): A comparison of frequent intoxication indices and of population subgroups as to problem risks. *British Journal of Addiction*, 79, 185-196.
- Koblinsky, S. & Palmeter, J.G. (1984). Sex-role orientation, mother's expression of affection toward spouse, and college women's attitudes

toward sexual behaviours. *The Journal of Sex Research*, 20, pp-32-34.

- Kowalewsky, M.R., Halsa, H. & Anglin, M.D. (1990). HIV risk behaviour among cocaine users. In *Sixth International Conference on AIDS*, San Francisco, June 1990 (abstract FC 759).
- Kramer, T.H., Ottomanelli, G & Bihari, B. (1992). IV versus non-IV drug users and select patient variables related to AIDS risk behaviours. *International Journal of the Addictions*, 27, 477-485.
- Kumar, A., Mehra, M., Badhan, S.K. & Gulati, N. (1997). Heterosexual behaviour and condom usage in the urban population of Delhi, India. *AIDS Care*, 9, (3), 311-318.
- Lachowsky, M. (1995). La femme et le Sida. *Sexologies*, V, 14-15.
- Lane, G. & Russell, T. (1989). Second-order systemic work with violent couples. In P.L. Caeser & L.K. Hamberger (Eds.) *Treating men who batter: theory, practice and programs* (pp. 134-162). New York: Springer.
- Lanius, M.H. & Jansen, B.L. (1987). Interpersonal problem-solving skills in battered counseling and control women. *Journal of Family Violence*, 2, 151-163.
- Lawrence, J.S., Marx, B.P., Scott, C.P., Uwakwe, B.V., Roberts, A. & Brasfield, T.L. (1995). Crosscultural comparison of US Nigerian

adolescent's HIV-related knowledge and risk behaviour: Implications for risk reduction interventions. *AIDS Care*, 7, 449-461.

- Lazarus, R. (1993). Coping theory and research: Past, present and future. *Psychomatic Medicine*, 55, 234-247.
- Le Breton (1991). *Passions du Risque*. Paris: Éditions Métailié.
- Leal, I. (1982). *O Masculino e o Feminino em Literatura Infantil*. Lisboa, CIDM, Cadernos da Condição Feminina, (16).
- Leigh, B.C. (1989). Reasons for having and avoiding sex: gender, sexual orientation, and relationship to sexual behaviour. *Journal of Sex Research*, 26, 199-206.
- Leigh, B.C. (1990). The relationship of substance use during sex to high-risk sexual behavior. *The Journal of Sex Research*, 27, 199-213.
- Lemkau, J.P. & Landau, C. (1986). The selfless syndrome: Assessment and treatment considerations. *Psychotherapy*, 23, 227-233.
- Leshner, A.I. (1995). *Editorial*. In *Nida Notes* (Vol. 101), (pp. 3).
- Lex, B.W. (1991). Some gender differences in alcohol and polysubstance users. *Health Psychology*, 10, 513-522.
- Loimer, N. (1992). Drug addiction and AIDS: High-lights of the 1st European Congress: Conference Report. *AIDS Care*, 4, 11-114.
- Lúria, Z. (1978). Genre et etiquetage: L'effet Pirandello. In E. Sullerot (Ed.), *Le fait féminin* (pp. 233-274). Paris, Fayard.

- Luthar, S.S., Glick, M., Zigler, E. & Rounsaville, B.J. (1993). Social competence among cocaine abusers: Moderating effects of comorbid diagnoses and gender. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 19, 283-298.
- Luthar, S.S., Cushing, G. & Rounsaville, B.J. (1996). Gender differences among opioid abusers: Pathways to disorders and profiles of psychopathology. *Drug and Alcohol Dependence*, 43, 179-190.
- Lyon, D. & Greenberg, J. (1991). Evidence of Codependency. In *Women with alcoholic parents: Helping out Mr. Wrong*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 435-439.
- Machado Vaz, J. (1991). *O Sexo dos Anjos. Relógio de Água*. Lisboa.
- Marcelino, M.C. (1991). Toxicodependência e gravidez. In Luís Duarte Patrício (Ed.), *Os profissionais de saúde e a droga* (pp. 101-105). Lisboa, Coleção Projecto Vida (6)
- Marcelino, M.C. (1994). *As mulheres e as (Toxi)dependências*. CIDM, Coleção Informar as Mulheres (15).
- Margolin, G., John, R.S. & Gleberman, L. (1988). Affective responses to conflictual discussion in violent and nonviolent couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 23-37.
- Marlatt, G.A. & Gordon, J.R. (Eds) (1985). *Relapse prevention on maintenance strategies in the treatment of addiction behaviors*. New York: Guilford Press.

- Marsh, K.L. & Simpson, D.D. (1986). Sex differences in opioid addictions careers. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 12, 309-329.
- Mays, V. & Cochran, S. (1988). Issues in the perception of AIDS risk and risk reduction by Black and Hispanic/Latina women. *American Psychologist*, 43, 949-957.
- Maxwell, C. & Boyle, M. (1995). Risky heterosexual practices among women over 30: Gender, power and long term relationships. *AIDS Care*, 7, 273-293.
- McBride, D.C., Inciardi, J.A., Chitwood, D.D. & McCoy, C.B. (1992). Crack use and correlates of use in a national population of street heroin users. *Journal of Psychoactive Drugs*, 24, 411-416.
- McCall, G.J. & Simmons, J.L. (1978). *Identities and interactions: An examination of human associations in everyday life*. New York: Free Press.
- McDonald, P.T., Waldorf, D., Reinerman, C. & Murphy, S. (1988). Heavy cocaine use and sexual behavior. *The Journal of Drug Issues*, 18, 437-455.
- McKee, K.J., Marková, I. & Power, K.G. (1995). Concern perceived risk and attitudes towards HIV/AIDS in Scottish prisons. *AIDS Care*, 7, 159-170.

- McKeganey, N.P., Barnard, M. & Watson, H. (1990). HIV-related behaviour among injecting drug users. *British Journal of Addiction*, 84, 1481-1490.
- McKirnan, D.J., Ostrow, D.G. & Hope, B. (1996). Sex, drugs and escape: A psychological model of HIV-risk sexual behaviours. *AIDS Care*, 8, 655-669.
- Mendes-Leite, R. (1994). Le sens de l'altérité: homossexualites masculines et "protections imaginaires". Comunicação apresentada na Conferência *AIDS in Europe - The Behavioural Aspect*. Berlin, Setembro de 1994.
- Ménetry, A.C. (1986). Introduction. In *Actes du 8^e Colloque National sur les Femmes et la Toxicomanie*, Ontario (pp.9-13).
- Miller, J.B. (1986). *Toward a new psychology of women*. Boston: Beacon Press.
- Millett, K. (1970). *Política Sexual*. Publicações Dom Quixote.
- Miller, R. (1995). Suicide and AIDS: problem identification during counselling. *AIDS Care*, 7, (2. suppl), S199-S205.
- Moore, J., Harrison, J.S., Kay, K.L., Deren, S. & Doll, L.S. (1995). Factors associated with hispanic women's HIV-related communication and the condom use with male partners. *AIDS Care*, 7, 415-427.
- Moreau-Gruet, F. Ferron, C., Jeannin, A. & Dubois-Arber, F. (1996). Adolescent sexuality: The gender gap. *AIDS Care*, 43, 949-957.

- Morgan, J. (1991). What is codependency? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 720-729.
- Morton-Williams, J. (1976). *The role of male attitudes in contraception*. London: The Falmer Press.
- Moss, R.H., Finney, J.W. & Gamble, W. (1982). The process of recovery from alcoholism, II. Comparing spouses of alcoholics and matched community controls. *Journal of Studies on Alcohol*, 3, 888-909.
- Myer, R.A., Peterson, S. & Stoffel-Rosales, M. (1991). Co-dependency: An examination of underlying assumptions. *Journal of Mental Health Counseling*, 13, 449-458.
- Nadeau, L. (1986). Rôles traditionnels, conditions de vie et dépendences. In *Actes du 8^e Colloque National sur les femmes et la toxicomanie*, Ontario, (pp. 47-55).
- Nelson, M.C. (1988). Reliability, Validity, and Cross-cultural comparisons for the simplified Attitudes Toward Women Scale. *Sex Roles*, 18, 289-296.
- Neto, F. (1989). Conhecimento de estereótipos sexuais. efeitos do sexo e do nível sócio cultural junto de pré-adolescentes portuguesas. *Psiquiatria Clínica*, 9, 139-145.
- Newcomb, M.D. (1994). Drug use and intimate relationships among women and men: Separating specific from general effects in

perspective data using Structural Equation Models. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 463-476.

- Nigar, E.V. (1986). Les femmes battues dans le cadre de violence conjugale. *Thèse 3ème Cycle*. Paris VII.
- Nolen-Hoeksema (1987). Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory. *Psychological Bulletin*, 101, 259-282.
- Norton, J., Miller, R., Johnson, M.A. (1997). Promoting HIV prevention: a problem identification approach to intervention in post-HIV test counselling. *AIDS Care*, 9, 345-357.
- Norwood, R. (1986). *Women who love too much*. London: Arrow Books Limited.
- Nzioka, C. (1996). Lay perceptions of risk of HIV infection and the social construction of safer sex: Some experiences from Kenya. *AIDS Care*, 8, 565-579.
- Olson, D.H. (1990). marriage in perspective. In Frank, D. Fincham & Thomas N. Bradbury (Eds.), *The Psychology of Marriage* (pp. 402-419). New York: The Guilford Press.
- Olson, D. H. (1991). Commentary: Three-Dimensional (3-D) Circumplex Model and Revised Scoring of FACES III. *Family Process*, 30, 74-79.
- Olson, D.H.C. (1994). Curvilinearity survives: the world is not flat. *Family Process*, 33, 471-478.

- Olson, D.H.C. (1986). Circumplex Model III - Validation Studies and FACES III. *Family Process*, 25, 337-351.
- Olson, D.H., Potner, J. & Lavee, Y. (1985). *FACES III*. St. Paul, MN: Family Social Science.
- Olson, D.H., Fournier, D.G. & Druckman, J.M. (1989). *Counselor's manual for PREPARE, PREPARE-MC and ENRICH inventors (rev. ed.)*. Minneapolis: PREPARE/ENRICH.
- Olson, D.H., McCubbin, H.I., Barnes, H., Larsen, A., Muxen, M. & Wilson, M. (1989). *Families: What makes them work*. Los Angeles: Sage Publications.
- Orford, J. (1975). Alcoholism and Marriage: The argument against specialism. *Journal of Studies on Alcohol*, 36, 1537-1559.
- Páez, D., San Juan, C., Ramo, I. & Vergara, A. (1991). *Sida: Imagen y prevención*. Editorial Fundamentos.
- Parry, G.A. (1983). A British version of the Attitudes Toward Women Scale (AWS-B). *British Journal of Social Psychology*, 22, 261-263.
- Parsons, T. (1966). *Societies. Evolutionary and Comparative Perspectives*. New York, Prentice Hall.
- Patrício, L.D. (1995). *Droga de vida, vidas de droga*. Lisboa: Bertrand.
- Plant, M.L., Plant, M.A., Peck, D.F. & Setters, J. (1989). The sex industry, alcohol and illicit drugs: Implications for the spread of HIV infection. *British Journal of Addiction*, 84, 53-59.

- Pleck, J.H., Sonenstein, F.L. & Kee, L. (1993). Masculinity ideology: its impact on adolescent male's heterosexual relationships. *Journal of Social Issues*, 49, 11-19.
- Pollack, M. (1985). Sex and the contraceptive act. In M. Homans (Ed.), *The Sexual Politics of Reproduction* (pp. 64-77). Aldusht: Gower Publications.
- Prohaska, T.R., Albrecht, G., Levy, J.A., Sugre, N. & Krin, J. (1990). Determinants of self-perceived risk for AIDS. *Journal of Health and Social Behaviour*, 31, 384-394.
- Raistrick, D. (1991). Career and natural history. In Illana Belle Glass (Ed.), *Addiction Behavior* (pp. 47-59). London: Tavistock/Routledge.
- Rapson, K.E. (1990). *Relationship and achievement stressors: Gender differences in appraisal, coping and outcome*. Unpublished doctoral dissertation, Virginia Consortium for Professional Psychology, Norfolk.
- Rhodes, N.R. (1992). Comparison of MMPI psychopathic deviant scores of battered and non-battered women. *Journal of Family Violence*, 7, 297-307.
- Rhodes, T.J., Bloor, M., Donoghoe, M.C., Haw, S., Ettore, B., Platt, S., Frisher, M., Hunter, G.M., Taylor, A. & Finlay, A. (1993). HIV prevalence and HIV risk behaviour among injecting drug users and Glasgow. *AIDS Care*, 5, 413-425.

- Rhodes, T.J., Donoghoe, M.C., Hunter, G.M., Sotebry, A. & Stimson, G.V. (1994). Sexual behaviour of drug injectors in London: implications for HIV transmission and HIV prevention. *Addiction*, 89, 1085-1096.
- Richardson, D. (1993). Sexuality and male dominance. In Diane Richardson & Victoria Robison (Eds.), *Women's Studies* (pp. 74-98). McMillan.
- Ridley, C.A. & Avery, A.W. (1979). Social network influence on the dyadic relationship. In R.L. Burgen & T.L. Huston (Eds.), *Social exchange in developing relationships*. New York: Academic Press.
- Roma-Torres, A., Curral, R. & Dourado, F. (1987). FACES III - Tradução (Comunicação Pessoal). In *Epilepsia e disfunção familiar: Contribuição para o seu estudo* (em publicação).
- Romer, D. & Hornik, R. (1992). HIV Education for Youth: The importance of social consensees in behavioural change. *AIDS Care*, 4, 285-303.
- Rosenbaum, A. & O'Leary, K.D. (1981). Marital Violence: Characteristics of abusive couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 63-71.
- Rosengard, C. & Folkman, S. (1997). Suicidal ideation, bereavement, HIV serostatus and psychosocial variables in partners of men with AIDS. *AIDS Care*, 9, 373-384.

- Rosewater, L.B. (1988). Battered or schizophrenic? Psychological tests can't tell. In K. Yllo & M. Bograd (Eds), *Feminist perspectives on wife abuse* (pp. 200-216). Newbury Park, C.A.: Sage.
- Rounsaville, B., Lifton, N. & Bieber, M. (1979). The natural history of a psychotherapy group for battered women. *Psychiatry*. 42, 63-78.
- Sampaio, D. & dantas, A.M. (1990). Alguns instrumentos de avaliação da família - sua aplicação em Clínica Geral e Medicina Familiar. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 7, 263-266.
- Sampaio, D., Dantas, A.M., Abreu, M.J., Alves-Sá, J., Gonçalves, G., Lalande, O., Legrant, M.C., Manso, M.D., Marques Ferreira, A., Neto, L. & Silva, M.F. (1993). A percepção da família pelo adolescente em clínica geral - aplicação de uma escala de avaliação da família. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 10, 231-237.
- Schaef, A.W. (1986). *Co-dependence: misunderstood-mistreated*. San Francisco: Harper & Row.
- Seabra, Z. (1988). Comunicação apresentada ao Seminário "Acção Positivas: Uma aposta para a igualdade de oportunidades entre homens e mulheres". *Cadernos da Condição Feminina* (38) (pp. 83-87).
- Seal, D.W. & Agostinelli, G. (1994). Individual differences associated with high-risk sexual behaviours: Implications for prevention programmes. *AIDS Care*, 5, 393-397.

- Seldin, N. (1972). The family of the addict: A review of the literature. *The International Journal of the Addictions*, 7, 97-107.
- Siddique, C.M. & D'Arcy, C. (1984). Adolescence, stress, and psychological well-being. *Journal of Youth and Adolescence*, 13, 459-473.
- Siegel, K., Karus, D. & Raveis, V.H. (1997). Testing and treatment behaviour of HIV-infected women: White, African-american, Puerto Rican comparisons. *AIDS Care*, 9, (3), 297-309.
- Silva, M. (1989). A compreensão do Toxicodependente na Prevenção Secundária. In *Coletânea de Textos das Taipas* (Tomo 1) (pp. 192-193). Lisboa.
- Silverman, D., Perakyla, A. & Bor, R. (1992). Discussing safer sex in HIV counselling: assessing three communication formats. *AIDS Care*, 4, 69-82.
- Sharpe, S. (1994). *"Just like a girl": How girls learn to be women*. Penguin Books.
- Sherr, L. (1989). Health Education. *Aids Care*, 1, 188-192.
- Shorkey, C.T. & Rosen, W. (1993). Alcohol addiction and codependency. In Edith M. Freeman (Ed.), *Substance Abuse Treatment*. Sage Publications.
- Snel, J.E. (1964). The wifebeater's wife. *Archives of General Psychiatry*, 11, 107-112.

- Spence, J.T. & Helmreich, R. (1973). The Attitudes Toward Women Scale: An objective instrument to measure attitudes towards the rights and roles of women in contemporary society. *Catolog of Selected Documents in Psichology*, 2, 66-67.
- Spence, J.T., Helmreich, R. & Stapp, J. (1973). A short version of the Attitudes Toward Women Scale (AWS). *Bulletin of the Psychonomie Society*, 2, 219-220.
- Spence, J.T., Helmreich, R. & Gibson, H.R. (1982). Sex-Role Attitudes: 1972-1980. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 8, 656-663.
- Spencer, B. (1984). Young men: Their attitudes towards sexuality and birth control. *British Journal os Family Planning*, 10, 13-19.
- Sperling, M.B. & Berman, W.H. (1994). *Attachment in adults*. New York: The Guilford Press.
- Sprenkle, D.H. (Ed.) (1992). Violence: The dark side of the family [special issue]. *Journal of Marital and Family Therapy*, 18.
- Stanton, M.D. & Todd, T. (1982). Structural Family Therapy with Drug Addicts. In M. Duncan Stanton & Thomas C. Tood (Eds), *The Family Therapy of Drug Abuse and Addiction* (pp.55-69). New York: The Guilford Press.

- Steinglass, P. (1985). Family therapy with alcoholics: A review. In E. Kaufman & P. Kaufman (Eds.), *Family Therapy of Drug and Alcohol Abuse* (pp. 147-187). New York: Gardner Press.
- Stern, L. (1983). Conceptions of separation and connection in female adolescents. In J. Brooks-Gunn & A.C. Peterson (Eds.), *Girls at puberty: biological and psychosocial perspectives* (pp. 73-87), New York: Gardner Press.
- Stimson, G.V., Dolan, K.A., Donoghoe, M.C. & Lart, R. (1989). The first syringe-exchange project in England and Scotland: a summary of the evaluation. *British Journal of Addiction*, 84, 1283-1284.
- Stimson, G. (1992). Drug injecting and HIV infection: New directions for social science research. *International Journal of Addiction*, 27, 147-163.
- Striker, S. (1980). *Symbolic interaction: A social structural approach*. Menlo Park, CA: Benjamin Cummings.
- Stiver, I.P. (1988). The meaning of care: Reframing treatment models for women. *Psychotherapy*, 25, 221-226.
- Sullerot, E. (1979). *A evolução do papel dos homens e das mulheres na Europa*. Cadernos da Condição Feminina (8).
- Sullivan, E., Bissel, L. & Leffler, D. (1990). Drug use and disciplinary actions. *International Journal of Addictions*, 25, 375-391.

- Sundgren, A.A. (1978). Sex differences in adjustment to an alcoholic spouse. Unpublished PhD. Dissertation, University of Seattle.
- Taylor, S.D., Wilbur, M. & Osnos, R. (1966). The wives of Drug Addicts. *American Journal of Psychiatry*, 123, 585-592.
- Telch, C.F. & Lindquist, C.V. (1984). Violent versus nonviolent couples: A comparison of patterns. *Psychotherapy*, 21, 242-248.
- Thompson, R. & Scott, S. (1983). Extramarital sex: A review of the research literature. *The Journal of Sex Research*, 19, 1-22.
- Thompson, R. & Scott, S. (1990). *Learning About Sex: Young Women and the Social Construction of Sexual Identity*. London: Tufnell Press.
- Thorne, M., Newell, L., Dun, D. & Peckham, C. (1996). Characteristics of pregnant HIV-1 infected women in Europe. *AIDS Care*, 8, 33-42.
- Toulaitos, J.; Perlmutter, B.F. & Strauss, M.S. (1989). *Handbook of Family Measurement Techniques*. Newbury Park CA: Sage Publications.
- Touzeau, D. (1988). Le point de vue pharmacologique. In J. Bergeret, J. Leblanc et collaborateurs (Eds.), *Précis des Toxicomanies* (pp. 5-32). Paris: Masson.
- Walker, L.E. (1979). *The battered woman*. New York: Harper & Row.
- Wallen, J. (1992). A comparison of male and female clients in substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 243-248.

- Walter, H.J. & Vaughan, R.D. (1993). AIDS risk reduction among a multiethnic sample of urban high school students. *AIDS Care*, 5, 103-119.
- Weatherby, N.L., Shultz, J.M., Chitwood, D.D., McCoy, C.B., Ludwig, D.D. & Edlin, B.R. (1992). Crack/Cocaine use and sexual activity in Miami, Florida. *Journal of Psychoactive Drugs*, 24, 373-380.
- Weinstein, N. (1987). Unrealistic optimism about susceptibility to health problems: Conclusions from a community-wide sample. *Journal of Behavioral Medicine*, 10, 481-499.
- Weinstein, N. (1989). Perceptions of personal susceptibility to harm. In V. Mays, G. Albee & S. Schneider (Eds.), *Primary Prevention of AIDS* (pp. 142-167). Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Weissman, M.M. & Klerman, G.L. (1976). Sex difference and the epidemiology of depression. *Archives of General Psychiatry*, 33, 279-302.
- Wellisch, D.K., Gay, G.R. & McEntee, R. (1970). The Easy Rider Syndrome: A pattern of hetero - and homosexual relationships in a heroin addict population. *Family Process*, 9, 425-430.
- Westkott, M. (1986). Historical and developmental roots of female dependency. *Psychotherapy*, 23, 213-220.
- Wight, D. (1992). Impediments to safer heterosexual sex: A review of research with young people. *AIDS Care*, 4, 11-23.

- Wilb, T.A., Weiss, R.L. & Patterson, G.R. (1974). A behavioral analysis of the determinants of marital satisfaction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 802-811.
- Willis, C.E., Hallinan, M.N. & Melby, J. (1996). Effects of Sex Role Stereotyping among european and american students on domestic violence culpability attributions. *Sex Roles*, 34, 475-491.
- Wilton, T. & Aggleton, P. (1991). Condoms, coercion and control: Heterosexuality and the limits to HIV/AIDS education. In P. Aggleton, P. Davies & G. Hart (Eds.), *AIDS: Responses, Intervention and Care*. London: The Falmer Press.
- Whitley, B.E. (1984). Sex-role orientation and psychological well-being: Two meta-analysis. *Sex Roles*, 12, 207-225.
- Wolitsky, R.J., Fishbein, M., Johnson, W.D., Schnell, D.J., Esacove, A. & The AIDS Community Demonstration Projects (1996). Sources of HIV information among ininjecting drug users: Association with gender, ethnicity, and risk behaviour. *AIDS Care*, 8, 541-555.
- World Health Organization (1993). *Current situation of HIV/AIDS epidemic in South-East Asia*. New Delhi: World Health Organization.
- Worth, D. (1989). Sexual decision-making and AIDS: Why condom promotion among vulnerable women is likely to fail. *Studies in Family Planning*, 20, 297-307.

- Vala, J. (1982). *Sobre as representações sociais: Para uma epistemologia do senso comum*. Cadernos de Ciências Sociais (4).
- Velleman, R., Bennet, G., Miller, T., Orford, J., Rigby, K. & Tood, A. (1993). The families of problem drug users: A study of 50 close relative. *Addiction*, 88, 1281-1289.
- Veríssimo, R. (1995). Ways of Coping Questionnaire, tradução e adaptação. Comunicação Pessoal. In: *Doença Inflamatória Crónica do Intestino: Factores psicológicos*. Dissertação de Doutoramento à Faculdade de Medicina do Porto. Porto (1997).
- Vitenbroek, D.G. (1994). The relationship between sexual behaviour and the health lifestyle. *AIDS Care*, 6, 237-246.
- Ziegler-Driscoll, G. (1985). The similarities in families of drug dependents and alcoholics. In E. Kaufman & P. Kaufman (Eds.), *Family Therapy of Drug and Alcohol Abuse* (pp. 19-39). New York: Gardener Press.

ANEXOS

ANEXO 1



Nº de utente _____

Principal droga de abuso _____ F ☐ I.V. ☐

Tempo de consumo _____ anos _____ meses

Hepatite(s) ☐ HIV ☐

Nome da mulher _____

Ficou marcada para ____/____/____

(pode-se marcar para qualquer **terça às 18 h** ou **sexta às 10h**)

ANEXO 2

AVALIAÇÃO DO ESTATUTO SÓCIO-ECONÓMICO

OCUPAÇÃO

1 - ALTO

- Alta Administração do Estado (Chefia ministerial, deputados, juizes e magistrados, directores gerais, etc.);

Direcção e pessoal superior dos quadros da Administração Pública (Directores, inspectores e chefes de serviço do Estado, dos corpos administrativos e de coordenação económica);

Direcção Administrativa de Empresas Privadas (Administradores, directores, inspectores gerais, gerentes e chefes de serviço, etc.);

Direcção Técnica de Empresas Privadas (Técnicos diplomados responsáveis, engenheiros, economistas, consultores jurídicos, agentes técnicos, preparadores de serviço, etc.);

Entidade exercendo uma profissão liberal, técnicos e equiparados (Catedráticos, doutores, licenciados com alta posição, advogados com cartório, médicos com clínica própria, architectos com estúdio próprio, etc.);

Proprietários de grandes explorações agrícolas. Industriais com empresas de grande dimensão;

Directores e grandes artistas de Artes (Teatro, cinema, bailado, música, etc.). Escritores e Poetas de renome nacional comprovado;

Escultores e Decoradores de reconhecida categoria;

Pintores de arte, oficialmente galardoados;

Altas personalidades ou Clero secular católico;

Diplomatas e Cônsules do Corpo Diplomático acreditado em Portugal.

2 - MÉDIO-ALTO

- Licenciados com posição média (Assistentes universitários, professores do ensino secundário, químicos contratados, engenheiros agrónomos e silvicultores, médicos veterinários, notários, etc.);

Pessoal dos quadros da Administração Pública de média categoria (Chefes de repartição, chefes de secção, funcionalismo público de carteira com posição destacada, etc.);

Pessoal dos quadros administrativos e técnicos de Empresas Privadas, sem funções directivas mas com posições destacadas em Bancos, Seguros, Comércio e Indústria (Contabilista, chefe de escritório, oficiais administrativos, tesoureiros, etc.);

Jornalistas, intérpretes e guias acreditados pelas entidades oficiais;

Técnicos de teatro, cinema, rádio e televisão. Artistas de 2º plano;

Religiosos regulares católicos;

Professores de instrução primária;

Profissões de carácter intelectual;

Pessoal superior das equipagens de barcos e aeronaves (Comandantes, pilotos, comissários de bordo, hospedeiras, etc.);

Modelos e manequins de alta costura.

3 - MÉDIO

- Proprietários de pequenas indústrias;

Proprietários de explorações agrícolas de pequena e média dimensão;

Proprietários de indústrias domésticas. Proprietários de pensões e restaurantes;

Comerciantes e vendedores da pequena indústria;

Proprietários de institutos de beleza ou cabeleireiros, de alfaiatarias, etc.;

Empregados de escritório. Empregados de comércio e indústria;

Angariadores e agentes comerciais. Caixeiros viajantes e compradores por conta de outrém;

Capatazes e contramestres, verificadores e controladores de trabalho;

Proprietários ou agricultores que trabalham eles próprios as suas terras;

Regentes agrícolas;

Capitães e mestres de embarcações. Radiotelegrafistas, etc.;

Procuradores e solicitadores;

Despachantes de mercadorias;

Empreiteiros de obras e serviços.

4 - MÉDIO-BAIXO

- Operários e trabalhadores qualificados, especializados (pintores, mecânicos, torneiros, maquinistas, cinzeladores, compositores de vidro, compositores tipográficos, afinadores de instrumentos musicais, litógrafos, metalúrgicos, ourives de ouro e prata, relojoeiros, tecelões, marceneiros, corticeiros, entalhadores, esmaltadores, electricistas, etc.);

Operários e trabalhadores qualificados semi-especializados (Motoristas, empregados de café, barbeiros, pescadores, caçadores, silvicultores, mineiros, operários de pedreiras e equiparados, etc.);

Agentes de cais, carteiros e boletineiros;

Arrendatários, rendeiros e parceiros de pequena exploração;

Comerciantes de ínfima categoria (quiosques, vendas, etc.);

Damas de companhia, perceptores e governantes;

Sacristães, sineiros e ajudantes de culto;

Feitores e administradores agrícolas;

Criadores e tratadores de gado.

5 - BAIXO

- Trabalhadores não especializados (Jornaleiros, ceifeiros, varredores, serventes, ajudantes de motorista, etc.);

Serviços domésticos;

Contínuos, paquetes, guardas nocturnos, porteiros;

Caixeiros de praça, caixeiros de balcão de baixa categoria;

Magarefes, costureiras e aprendizas;

Vendedores ambulantes, engraxadores.

INSTRUÇÃO

- 1 - Alto - Universitária, Escolas Superiores, etc.;
- 2 - Médio-Alto - Bacharelato, Curso Secundário (12º ano);
- 3 - Médio - Escolas Profissionais, Ensino Secundário (9º ano);
- 4 - Médio-Baixo - Instrução Primária;
- 5 - Baixo - Instrução Primária incompleta ou nula.

NORMA, S.A.R.L.

ANEXO 3

Esta Investigação faz parte de um projecto que se destina a obter dados científicos que permitam conhecer e compreender melhor as companheiras de homens com problemas de dependência de drogas.

Os resultados obtidos permitirão no futuro ajudar melhor este tipo de casais.

Todas as suas respostas são **RIGOROSAMENTE CONFIDENCIAIS** e estudadas apenas pela investigadora.

A sua participação é muito importante e desde já lhe agradeço que responda com sinceridade a **todas as questões**.

Muito obrigada pela sua disponibilidade

Recorde: Todas as respostas são confidenciais

Data ____/____/____

Instituição _____

• Nome _____

Idade _____

Avaliação do estatuto sócio-económico familiar

• Com o meu actual companheiro:

Vivo junta ☐ Sou casada ☐

Há quanto tempo? _____

• Filhos:

Não ☐ Sim ☐ Quantos _____ Idades _____

• Escolaridade:

Primária ☐

Ciclo ☐

Secundária ☐

Formação profissional ☐

Curso Médio ☐

Curso Superior ☐

Completa ☐ Incompleta ☐

Abandonou os estudos? Não ☐ Sim ☐

Porquê? _____

Com que idade? _____

• Profissão _____

• Situação laboral

Estudante ☐

Desempr. Procura 1º emp. ☐

Procura novo emp. ☐

Doméstica ☐

Trabalho "a dias" ☐

Trabalho temporário ☐

Trabalho em tempo parcial ☐

Pleno emprego ☐

"Biscates" ☐

Trabalhador por conta própria ☐

Baixa médica ☐

Outra _____ ☐

• Principal fonte de rendimento:

Trabalho próprio ☐

Trabalho do companheiro ☐

Família ☐

Subsídio de desemprego ☐

Bens pessoais ☐

Segurança social ☐

Actividades ilícitas ☐

Outra _____ ☐

• Cohabitação (quem vive consigo em casa?) _____

• Em termos religiosos sou:

Católica ☐ Praticante ☐ Não praticante ☐

De outra religião Qual? _____ Praticante ☐ Não praticante ☐

Não tenho religião ☐

Caracterização de padrões de consumo

- Tomei conhecimento dos consumos do meu companheiro há: _____ anos _____ meses
- Como soube desses consumos: _____
- O meu companheiro consome (pode assinalar mais do que uma hipótese):
 - Haxixe ☐
 - Heroína ☐
 - Cocaína ☐
 - Álcool ☐
 - Outras drogas ☐ Quais? _____
- O meu companheiro:
 - Fuma a droga ☐
 - Injecta a droga ☐
 - Ambas as coisas ☐
 - Outra ☐ Qual? _____
- Já tive outro(s) namorado / companheiro dependente de álcool ou drogas:
 - Não ☐
 - Sim ☐ Álcool ☐ Drogas ☐ Quais? _____
- Eu própria já tive, no passado, problemas de consumo de álcool ou drogas:
 - Não ☐
 - Sim ☐ Álcool ☐ Drogas ☐ Quais? _____
- Costumo tomar ou já tomei comprimidos não receitados pelo médico ou em doses superiores às receitadas:
 - Não ☐
 - Sim ☐ (pode assinalar mais do que uma hipótese)
 - Para "os Nervos" ☐ Para dormir ☐
 - Para emagrecer ☐ Para estudar ☐
 - Para outra coisa ☐
 - Qual? _____
- Eu actualmente consumo álcool ou drogas:
 - Não ☐
 - Sim ☐ Álcool ☐ Drogas ☐ Quais? _____
 - Há quanto tempo? _____
- Com quem consumi drogas pela primeira vez? _____
- Na minha família de origem (pais, avós, irmãos, tios, etc.) há ou houve alguém dependente do álcool ou outras drogas:
 - Não ☐
 - Sim ☐ Quem?

Pai	<input type="checkbox"/>	Álcool	<input type="checkbox"/>	Drogas	<input type="checkbox"/>
Mãe	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Irmãos	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Outros familiares	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
- Sinto-me em risco de consumir drogas:
 - Não ☐
 - Sim ☐ Porquê? _____

- **As principais razões do meu relacionamento com o meu companheiro são (pode assinalar mais do que uma hipótese):**

Gostar dele	<input type="checkbox"/>	Querer ajudá-lo	<input type="checkbox"/>
Depender economicamente dele	<input type="checkbox"/>	Pressões familiares	<input type="checkbox"/>
Filhos	<input type="checkbox"/>	Ter medo dele	<input type="checkbox"/>
Não querer ficar sozinha	<input type="checkbox"/>	Achar que a separação é mal vista	<input type="checkbox"/>
Outras	<input type="checkbox"/>		
Quais? _____			

Explique por favor essas razões:

- **Para mim a toxicodependência é:**

Uma fraqueza	<input type="checkbox"/>	Uma busca de felicidade	<input type="checkbox"/>	Um vício	<input type="checkbox"/>
Uma doença	<input type="checkbox"/>	Uma outra forma de vida	<input type="checkbox"/>	Outra	<input type="checkbox"/> Qual? _____

Informação / valores / atitudes relacionados com DTS

- **Em sua opinião que grupos são afectados principalmente pelo SIDA? (pode assinalar mais do que uma hipótese)**

Homossexuais masculinos	<input type="checkbox"/>	Homossexuais femininos	<input type="checkbox"/>
Toxicodependentes	<input type="checkbox"/>	Hemofílicos	<input type="checkbox"/>
Prostitutas	<input type="checkbox"/>	Gente rica, famosa, artistas	<input type="checkbox"/>
Gente com vida promíscua	<input type="checkbox"/>	Todos em geral	<input type="checkbox"/>

- **Quais são as vias de contágio? (pode assinalar mais do que uma hipótese)**

Saliva	<input type="checkbox"/>	Esperma	<input type="checkbox"/>
Sangue	<input type="checkbox"/>	Secreções vaginais	<input type="checkbox"/>
Lágrimas	<input type="checkbox"/>	Mãe-feto	<input type="checkbox"/>
Picadas de mosquito	<input type="checkbox"/>	Partilha escovas de dentes	<input type="checkbox"/>
Partilha de seringas	<input type="checkbox"/>	Partilha de lâminas de barbear	<input type="checkbox"/>
Tampas de sanita	<input type="checkbox"/>		

- **Que risco pensa que existe para as pessoas que convivem, no dia a dia, com alguém infectado com o vírus do SIDA?**

Nenhum	Pouco	Moderado	Muito	Muitíssimo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- **Que precauções tomaria na sua vida sexual se pensasse ou soubesse que o seu companheiro estava infectado pelo vírus do SIDA?**

Terminaria a relação	<input type="checkbox"/>
Não teria nenhum tipo de relacionamento sexual	<input type="checkbox"/>
Mantinha algum tipo de relacionamento sexual mas sem coito	<input type="checkbox"/>
Utilizaria o preservativo	<input type="checkbox"/>
Não faria nada	<input type="checkbox"/>
Não sei	<input type="checkbox"/>

- **Nos últimos 6 meses tive:**

1 parceiro sexual	<input type="checkbox"/>	Mais do que 1 parceiro sexual	<input type="checkbox"/>	Nenhum	<input type="checkbox"/>
-------------------	--------------------------	-------------------------------	--------------------------	--------	--------------------------

- **Nos últimos 6 meses utilizei o preservativo**

Sempre que tive relações sexuais	<input type="checkbox"/>	Raramente	<input type="checkbox"/>
Quase sempre	<input type="checkbox"/>	Nunca	<input type="checkbox"/>
Por vezes	<input type="checkbox"/>	Não tive relações sexuais	<input type="checkbox"/>

• **Nos últimos 6 meses penso que o meu companheiro:**

- Não teve relações sexuais ☐
 Teve relações sexuais só comigo ☐
 Teve relações sexuais com mais alguém ☐

Neste último caso responda por favor:

Penso que ele utilizou sempre o preservativo: Sim ☐ Não ☐

• **Penso que estou infectada com:**

- Vírus HIV (vírus da SIDA) Não ☐ Sim ☐ Não sei ☐
 Vírus da(s) hepatite(s) Não ☐ Sim ☐ Não sei ☐

• **Penso que o meu parceiro sexual (ou algum dos meus parceiros sexuais) está infectado com:**

- HIV (vírus da SIDA) Não ☐ Sim ☐ Não sei ☐
 Vírus da(s) hepatite(s) Não ☐ Sim ☐ Não sei ☐

• **Quando utilizo o preservativo utilizo-o porque:**

- Sou eu que peço/exijo ao meu parceiro ☐
 É um acordo entre ambos ☐
 A iniciativa é dele ☐
 Outra situação ☐

Qual? _____

• **Se tem mais do que um parceiro sexual responda por favor:**

Utilizo o preservativo com todos eles

- Sim ☐
 Não ☐

Porquê? _____

• **O risco do meu (ou um dos meus) parceiro sexual se infectar com o HIV (vírus da SIDA) ou com os vírus das hepatites é:**

- Nenhum ☐ Pouco ☐ Moderado ☐ Muito ☐ Muitíssimo ☐

Porquê? _____

• **O risco de eu me infectar com o HIV (vírus da SIDA) ou com os vírus das hepatites é:**

- Nenhum ☐ Pouco ☐ Moderado ☐ Muito ☐ Muitíssimo ☐

Porquê? _____

ANEXO 4

Esta Investigação faz parte de um projecto que se destina a obter dados científicos que permitam conhecer e compreender melhor algumas das questões com que as mulheres se defrontam no seu dia a dia.

Os resultados obtidos permitirão no futuro ajudar melhor a população feminina no âmbito do casal.

Todas as suas respostas são **RIGOROSAMENTE CONFIDENCIAIS** e estudadas apenas pela investigadora.

A sua participação é muito importante e desde já lhe agradeço que responda com sinceridade a **todas as questões**.

Muito obrigada pela sua disponibilidade

Recorde: **Todas as respostas são confidenciais**

Data ____/____/____

Instituição _____

• Idade _____

Avaliação do estatuto sócio-económico familiar

• Com o meu actual companheiro:

Vivo junta ☐

Sou casada ☐

Há quanto tempo? _____

• Filhos:

Não ☐

Sim ☐

Quantos _____

Idades _____

• Escolaridade:

Primária ☐

Ciclo ☐

Secundária ☐

Formação profissional ☐

Curso Médio ☐

Curso Superior ☐

Completa ☐

Incompleta ☐

Abandonou os estudos?

Não ☐

Sim ☐

Porquê? _____

Com que idade? _____

• Profissão _____

• Situação laboral

Estudante ☐

Desemp.

Procura 1º emp. ☐

Procura novo emp. ☐

Doméstica ☐

Trabalho "a dias" ☐

Trabalho temporário ☐

Trabalho em tempo parcial ☐

Pleno emprego ☐

"Biscates" ☐

Trabalhador por conta própria ☐

Baixa médica ☐

Outra _____ ☐

• Principal fonte de rendimento:

Trabalho próprio ☐

Trabalho do companheiro ☐

Família ☐

Subsídio de desemprego ☐

Bens pessoais ☐

Segurança social ☐

Actividades ilícitas ☐

Outra _____ ☐

• Cohabitação (quem vive consigo em casa?) _____

• Em termos religiosos sou:

Católica

Praticante ☐

Não praticante ☐

De outra religião Qual? _____

Praticante ☐

Não praticante ☐

Não tenho religião ☐

Caracterização de padrões de consumo

- O meu companheiro consome drogas:

Não ☐
Sim ☐

- Se o seu companheiro consome drogas responda por favor:

O meu companheiro consome drogas há: _____ anos _____ meses

Tomei conhecimento desses consumos há: _____ anos _____ meses

Como soube desses consumos: _____

O meu companheiro consome (pode assinalar mais do que uma hipótese):

Haxixe ☐
Heroína ☐
Cocaína ☐
Outras drogas ☐

Quais? _____

O meu companheiro:

Fuma a droga ☐
Injecta a droga ☐
Ambas as coisas ☐
Outra ☐

Qual? _____

- Em relação às bebidas alcoólicas o meu companheiro:

Não bebe ☐
Bebe moderadamente ☐
Bebe em excesso ☐

- Já tive outro(s) namorado / companheiro dependente de álcool ou drogas:

Não ☐
Sim ☐ Álcool ☐ Drogas ☐ Quais? _____

- Eu própria já tive, no passado, problemas de consumo de álcool ou drogas:

Não ☐
Sim ☐ Álcool ☐ Drogas ☐ Quais? _____

- Costumo tomar ou já tomei comprimidos não receitados pelo médico ou em doses superiores às receitadas:

Não ☐
Sim ☐ (pode assinalar mais do que uma hipótese)
Para "os Nervos" ☐ Para dormir ☐
Para emagrecer ☐ Para estudar ☐
Para outra coisa ☐
Qual? _____

- Eu actualmente consumo álcool ou drogas:

Não ☐
Sim ☐ Álcool ☐ Drogas ☐ Quais? _____
Há quanto tempo? _____

- Com quem consumi drogas pela primeira vez? _____

- Na minha família de origem (pais, avós, irmãos, tios, etc.) há ou houve alguém dependente do álcool ou outras drogas:

Não	<input type="checkbox"/>			Álcool	Drogas
Sim	<input type="checkbox"/>	Quem?	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Irmãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Outros familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Sinto-me em risco de consumir drogas:

Não ☐ Sim ☐ Porquê? _____

- As principais razões do meu relacionamento com o meu companheiro são (pode assinalar mais do que uma hipótese):

Gostar dele	<input type="checkbox"/>	Querer ajudá-lo	<input type="checkbox"/>
Depender economicamente dele	<input type="checkbox"/>	Pressões familiares	<input type="checkbox"/>
Filhos	<input type="checkbox"/>	Ter medo dele	<input type="checkbox"/>
Não querer ficar sozinha	<input type="checkbox"/>	Achar que a separação é mal vista	<input type="checkbox"/>
Outras	<input type="checkbox"/>		
Quais? _____			

Explique por favor essas razões:

- Para mim a toxicodependência é:

Uma fraqueza ☐ Uma busca de felicidade ☐ Um vício ☐
 Uma doença ☐ Uma outra forma de vida ☐ Outra ☐ Qual? _____

Informação / valores / atitudes relacionados com DTS

- Em sua opinião que grupos são afectados principalmente pelo SIDA? (pode assinalar mais do que uma hipótese)

Homossexuais masculinos	<input type="checkbox"/>	Homossexuais femininos	<input type="checkbox"/>
Toxicodependentes	<input type="checkbox"/>	Hemofílicos	<input type="checkbox"/>
Prostitutas	<input type="checkbox"/>	Gente rica, famosa, artistas	<input type="checkbox"/>
Gente com vida promíscua	<input type="checkbox"/>	Todos em geral	<input type="checkbox"/>

- Quais são as vias de contágio? (pode assinalar mais do que uma hipótese)

Saliva	<input type="checkbox"/>	Esperma	<input type="checkbox"/>
Sangue	<input type="checkbox"/>	Secreções vaginais	<input type="checkbox"/>
Lágrimas	<input type="checkbox"/>	Mãe-feto	<input type="checkbox"/>
Picadas de mosquito	<input type="checkbox"/>	Partilha escovas de dentes	<input type="checkbox"/>
Partilha de seringas	<input type="checkbox"/>	Partilha de lâminas de barbear	<input type="checkbox"/>
Tampas de sanita	<input type="checkbox"/>		

- Que risco pensa que existe para as pessoas que convivem, no dia a dia, com alguém infectado com o vírus do SIDA?

Nenhum ☐ Pouco ☐ Moderado ☐ Muito ☐ MUITÍSSIMO ☐

- **Que precauções tomaria na sua vida sexual se pensasse ou soubesse que o seu companheiro estava infectado pelo vírus do SIDA?**

Terminaria a relação ☐
 Não teria nenhum tipo de relacionamento sexual ☐
 Mantinha algum tipo de relacionamento sexual mas sem coito ☐
 Utilizaria o preservativo ☐
 Não faria nada ☐
 Não sei ☐

- **Nos últimos 6 meses tive:**

1 parceiro sexual ☐ Mais do que 1 parceiro sexual ☐ Nenhum ☐

- **Nos últimos 6 meses utilizei o preservativo**

Sempre que tive relações sexuais ☐ Raramente ☐
 Quase sempre ☐ Nunca ☐
 Por vezes ☐ Não tive relações sexuais ☐

- **Nos últimos 6 meses penso que o meu companheiro:**

Não teve relações sexuais ☐
 Teve relações sexuais só comigo ☐
 Teve relações sexuais com mais alguém ☐

Neste último caso responda por favor:

Penso que ele utilizou sempre o preservativo: Sim ☐ Não ☐

- **Penso que estou infectada com:**

Vírus HIV (vírus da SIDA) Não ☐ Sim ☐ Não sei ☐
 Vírus da(s) hepatite(s) Não ☐ Sim ☐ Não sei ☐

- **Penso que o meu parceiro sexual (ou algum dos meus parceiros sexuais) está infectado com:**

HIV (vírus da SIDA) Não ☐ Sim ☐ Não sei ☐
 Vírus da(s) hepatite(s) Não ☐ Sim ☐ Não sei ☐

- **Quando utilizo o preservativo utilizo-o porque:**

Sou eu que peço/exijo ao meu parceiro ☐
 É um acordo entre ambos ☐
 A iniciativa é dele ☐
 Outra situação ☐ Qual? _____

- **Se tem mais do que um parceiro sexual responda por favor:**

Utilizo o preservativo com todos eles
 Sim ☐
 Não ☐ Porquê? _____

- **O risco do meu (ou um dos meus) parceiro sexual se infectar com o HIV (vírus da SIDA) ou com os vírus das hepatites é:**

Nenhum ☐ Pouco ☐ Moderado ☐ Muito ☐ Muitíssimo ☐

Porquê? _____

- **O risco de eu me infectar com o HIV (vírus da SIDA) ou com os vírus das hepatites é:**

Nenhum ☐ Pouco ☐ Moderado ☐ Muito ☐ Muitíssimo ☐

Porquê? _____

ANEXO 5

Instruções

De vez em quando todos nós temos de enfrentar situações mais ou menos difíceis. Indicam-se a seguir algumas das maneiras mais frequentes que as pessoas têm de reagir a esse tipo de situações ou problemas.

Gostaria que pensasse numa situação difícil pela qual tenha passado recentemente e que indicasse até que ponto costuma recorrer às várias opções descritas quando tem que enfrentar problemas.

Coloque um ☐ no local apropriado para cada afirmação.

Assinale apenas uma resposta por cada afirmação.

= WAYS OF COPING SCALE (WCS) =

Cnf _____ Dst _____ ACI _____ SS _____
Rsp _____ E/E _____ Pin _____ AP _____

	Não se aplica ou não uso	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Concentrei-me no que devia fazer a seguir, no próximo passo a dar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Fazia coisas sem pensar no resultado. Pelo menos sentia que estava a fazer alguma coisa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tentei apanhar a pessoa responsável para a fazer mudar de comportamento ou de opinião.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Falei com outras pessoas para saber mais sobre a situação.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Critiquei-me ou censurei-me a mim próprio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tentei não queimar as hipóteses todas, deixando algumas portas abertas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Esperei que acontecesse um milagre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Deixei-me levar pelo destino; às vezes a pessoa está em maré de azar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Continuei como se nada tivesse acontecido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Tentei guardar os meus sentimentos apenas para mim próprio(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Procurei olhar para o lado bom das coisas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Dormia mais do que o habitual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Não escondia a minha raiva em relação aos responsáveis pela situação.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Aceitei a simpatia e a compreensão de alguém.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Senti-me inspirado(a) para fazer alguma coisa criativa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Tentei esquecer-me de tudo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Fui a um especialista.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Tentei reorganizar melhor a minha vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Pedi desculpa ou tentei remediar a situação.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Fiz um plano e cumpri-o.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. De alguma maneira mostrei o que sentia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Cheguei à conclusão que de algum modo era eu o(a) responsável pela situação.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Acabei por ficar melhor do que estava antes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Conversei com alguém que podia fazer alguma coisa em relação à situação.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Não se aplica ou não uso	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
25. Procurei sentir-me melhor comendo, bebendo, fumando, ou tomando remédios ou outros medicamentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Corri sérios riscos, ou envolvi-me em coisas perigosas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Apesar da vontade que me deu, tentei não agir precipitadamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Descobri uma nova fé, uma coisa nova em que passei a acreditar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Descobri outra vez o que é que importa verdadeiramente na vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Tive de mudar algumas coisas para que tudo corresse bem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Duma maneira geral, nessa altura não me apetecia conviver.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Não me dei "às dores" e tentei não pensar muito na questão.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Pedi conselho a uma pessoa de família ou a um amigo por quem tenho bastante consideração.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Evitei que os outros notassem que as coisas não estavam bem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Esclareci as coisa; ou recusei-me a levar as coisas muito a sério.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Abri-me com outra pessoa sobre o que sentia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Aguentei firme e lutei pelo meu ponto de vista.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Estou convencido(a) que os outros tiveram culpa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Valeu-me a minha experiência de situações anteriores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Como sabia o que tinha a fazer, esforcei-me mais para que as coisas corressem bem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Recusei-me a acreditar no que estava a acontecer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Jurei a mim mesmo(a) que na próxima vez as coisas iam ser diferentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Ocorreram-me várias soluções para o problema.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Tentei não misturar as coisas pondo de lado o que sentia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Alterei algumas coisas em relação a mim mesmo(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Só me apetecia ver tudo acabado, ou que as coisas passassem rapidamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Pus-me a imaginar como é que podiam correr as coisas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Pedi a Deus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Pensei sobre o que devia fazer ou dizer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Pensei na maneira como certa pessoa, por quem tenho admiração, lidaria com a situação para controlar os acontecimentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO 6

= FACES III =

(c) David H. Olson, 1985 [Versão portuguesa de A. L. Roma-Torres *et col*, 1987]

Instruções: Usando a escala como um guia, indique qual o grau de acordo ou de desacordo para cada uma das afirmações seguintes, colocando um ☒ no local apropriado.
Assinale apenas uma resposta para cada afirmação.

	1	2	3	4	5
Assinale conforme julgue mais adequado para descrever o <u>casal</u> :	Nunca ou quase nunca	Uma vez por outra	Algumas vezes	Frequentem/ quase sempre	Sempre ou quase sempre
1. Pedimos ajuda um ao outro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Quando os problemas aparecem, fazemos concessões.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Aprovamos as amizades de cada um.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Entre nós resolvemos as diferenças através da tolerância.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Temos gosto em fazer coisas em conjunto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Nem sempre é o mesmo a mandar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sentimo-nos mais unidos do que em relação aos de fora.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Costumamos mudar no modo como fazemos as coisas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Gostamos de aproveitar os tempos livres para estarmos juntos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Tentamos resolver os problemas de diversas maneiras.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Sentimo-nos muito próximos um do outro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. As decisões são tomadas em conjunto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ambos partilhamos passatempos e interesses.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Entre nós as regras mudam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Conseguimos facilmente pensar em coisas para fazermos juntos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Trocamos entre nós a responsabilidade das tarefas domésticas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Antes de decidir seja o que fôr pedimos opinião ao outro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Entre nós é difícil dizer ao certo quem manda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Estarmos unidos figura entre o que para nós há de mais importante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. É difícil precisar quem faz cada uma das tarefas domésticas principais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

= FACES III =

(c) David H. Olson, 1985 [Versão portuguesa de A. L. Roma-Torres *et col*, 1987]

Instruções: Usando a escala como um guia, indique qual o grau de acordo ou de desacordo para cada uma das afirmações seguintes, colocando um ☒ no local apropriado.
Assinale apenas uma resposta para cada afirmação.

Descreva agora como gostaria que as coisas se passassem no <u>casal</u> :	1 Nunca ou quase nunca	2 Uma vez por outra	3 Algumas vezes	4 Frequentem/ quase sempre	5 Sempre ou quase sempre
21. Devíamos pedir ajuda um ao outro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Quando surgem os problemas ambos devíamos fazer concessões.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Devíamos aceitar as amizades um do outro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Devíamos ser mais tolerantes na maneira de resolver as questões.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Devíamos gostar de fazer mais coisas juntos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Qualquer um de nós devia poder mandar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Devíamos sentir-nos mais chegados um ao outro do que em relação aos de fora.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Devíamos mudar a nossa maneira de fazer as coisas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Devíamos gostar mais de passar os tempos livres um com o outro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Devíamos tentar experimentar novas maneiras de resolver os problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Devíamos sentir-nos muito próximos um do outro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Devíamos tomar as decisões em conjunto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Devíamos partilhar passatempos e interesses.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Entre nós as regras deviam poder mudar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Devíamos poder arranjar facilmente coisas para fazermos juntos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Devíamos trocar entre nós a responsabilidade das tarefas domésticas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Devíamos consultar-nos um ao outro quando temos de tomar decisões.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Devíamos saber ao certo quem é que manda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Estarmos juntos devia ser uma das coisas mais importantes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Devíamos poder dizer quais são as atribuições domésticas de cada um.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO 7

AWS
Spence & Helmreich (1972)
Versão portuguesa de M. Brito (1995)

Instruções: Indique qual o grau de acordo ou desacordo para cada uma das afirmações seguintes, colocando um x no local apropriado.
Assinale apenas uma resposta para cada afirmação.

	1 discordo fortemente	2 discordo	3 não concordo nem discordo	4 concordo	5 concordo fortemente
1. Soa pior uma mulher dizer palavrões do que um homem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Deveria haver mais mulheres em lugares de liderança da vida pública, como por exemplo na política	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. É aceitável que um homem conte anedotas porcas, mas não penso que uma mulher o deva fazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. É pior ver uma mulher embriegada do que um homem embriegado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Se a mulher trabalha fora de casa o marido deve partilhar as tarefas domésticas, nomeadamente lavar a loiça, limpar e cozinhar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. É um insulto para a mulher ter que prometer "amar, honrar e obedecer" ao marido no casamento, enquanto ele só promete "amar e honrar" a mulher e não promete obedecer-lhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. As mulheres deveriam ter exactamente as mesmas oportunidades que têm os homens na obtenção de emprego e nas promoções	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Uma mulher deveria ter a mesma liberdade para propôr casamento que tem um homem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. As mulheres deveriam preocupar-se menos com serem iguais aos homens e mais com serem boas esposas e mães	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. As raparigas que ganham tanto como os seus namorados devem pagar as suas próprias despesas quando saem juntos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. As mulheres não devem ocupar cargos de chefia em lugares importantes nos negócios e na indústria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. As mulheres deveriam poder ir a todos os lugares onde os homens vão e fazer tudo o que os homens fazem, como por exemplo irem sózinhas a um bar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Numa família as raparigas devem ser tão encorajadas a permanecer na escola e a ir para a Universidade como os rapazes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Seria ridículo para uma mulher guiar um comboio ou para um homem coser botões numa camisa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	1	2	3	4	5
	discordo fortemente	discordo	não concordo nem discordo	concordo	concordo fortemente
15. De modo geral o pai deve ter mais autoridade do que a mãe na educação dos filhos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. As mulheres não devem ter relações sexuais antes do casamento, nem mesmo com os seus noivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. O lugar da mulher é em casa, a cuidar da família, mais do que a seguir uma carreira profissional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. É preferível para a mulher ter o seu próprio emprego e a liberdade de fazer o que quiser, do que ser tratada como uma senhora à moda antiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. As mulheres têm menos para oferecer do que os homens no mundo dos negócios e da indústria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Há muitos trabalhos que os homens conseguem fazer melhor do que as mulheres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. As raparigas deveriam ter tantas oportunidades de aprender um ofício como os rapazes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Hoje em dia as raparigas deveriam ter tanta liberdade como os rapazes, por exemplo para chegar tarde a casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO 8

Quadro Geral de Resultados

[illegible]